Anno XXVI | Roma, 28 Dicembre 1919 (pubblicato il 29 Dicembre 1919). | Fasc. 52

IL POLICLINICO

ABBONAMENTI PER IL 1920.

	ITALIA	ESTERO	
Alla sezione pratica	L. 20.50	Fr. 28	in oro
Alle sezioni medica e pratica	» 27.50	» 35	in oro
Alle sezioni chirurgica e pratica	» 27.50	» 35	in oro
Alle sezioni medico-chirurgica e pratica	» 35.00	» 45	in oro

Saremo assai grati ai Signori abbonati che vorranno rinnovare l'abbonamento avanti che cominci il nuovo anno. Ciò agevolerà molto il lavoro amministrativo e la puntuale spedizione dei fascicoli.

Ai signori associati,

L'Amministrazione del "POLICLINICO" non ha atteso che l'Anno nuovo cominciasse per dar prove tangibili della sua buona volontà e degli sforzi diretti a raggiungere quei perfezionamenti tecnici del giornale che sono la sua mira costante.

Poco dopo che la guerra finì "IL POLICLINICO" riprese la sua antica veste tipografica con carta migliore di quella anti-bellica, sebbene di costo dieci volte maggiore. I lettori non ignorano la corsa sfrenata agli alti prezzi e le gravi difficoltà in cui si dibatte l'industria tipografica, specie per i continui scioperi degli operai, tuttavia l'Amministrazione lottò strenuamente per mantenere i propri impegni verso gli Abbonati ed è lieta di poter pubblicamente constatare di esservi riuscita forse al di là delle proprie speranze e poggiando unicamente sulle sue forze.

Così noi chiudiamo l'anno perfettamente al corrente, mentre altri nostri confratelli sono ancora in arretrato di mesi.

Questo recente passato è arra sicura per l'avvenire: le difficoltà da superare saranno forse maggiori, l'acuta crisi economica che attraversa la nazione sarà forse più profonda ed i costi continueranno a crescere. Gli altri giornali, e non d'Italia soltanto, hanno creduto di premunirsi aumentando notevolmente i prezzi d'abbonamento; noi restiamo fermi, per la Sezione che più direttamente interessa i medici pratici, nel prezzo attuale.

È un rischio grave che affrontiamo, ma lo facciamo volentieri e risolutamente nella fiducia che la simpatia del pubblico medico italiano continuerà sempre a sorreggerci, e che mai ci verrà meno la benevolenza dei nostri abbonati, i quali, ne siamo certi, in questi difficili momenti si stringeranno attorno a noi per sostenere validamente questa nostra Opera, che vive per la classe medica e solo da essa intende di essere mantenuta.

L'AMMINISTRAZIONE.

SI RAMMENTA CHE

il Fascicolo 1° del 1920 della Sezione Medica conterrà un importante articolo dell'illustre clinico prof. AUGUSTO MURRI dal titolo

DEI MEDICI FUTURI

Gli abbonati alla sola Sezione Pratica che desiderano procurarsi il godimento intellettuale di leggere questo interessantissimo lavoro di grande attualità si affrettino ad inviare alla nostra Amministrazione cartolina-vaglia da L. 2.50 oppure aggiungano tale somma al prezzo d'abbonamento pel 1920.

COLLABORATORI EFFETTIVI

DELLA SEZIONE PRATICA

per il 1919.

Aboularage dott. Giuseppe - Gerusalemme.
Alessandri prof. Roberto - Roma.
Alessandrini prof. Paolo - Roma.
Amantea prof. Giuseppe - Roma.
Aperlo prof. Giovanni - Pavia.
Arcangeli prof. Uberto - Roma.
Artom dott. Camillo - Firenze.
Artom di Sant'Agnese prof. Valerio - Roma.
Ascoli dott. Manfredo - Roma.
Avagnina dott. Sebastiano - Fossano.
Baglioni prof. Silvestro - Roma.
Basile prof. Carlo - Roma.
Bassoni dott. Carlo - Genova.
Bellantoni dott. Rocco - Scilla.
Bergamini dott. Giovanni - Firenze.
Betti dott. Giuseppe - Milano.
Biffis prof. Pietro - Torino.
Bilancioni prof. Guglielmo - Roma.
Botteselle dott. Ruggero - Venezia.
Breccia prof. Gioacchino - Genova.
Brun dott. Arturo - Trieste.
Caliceti dott. Pietro - Catania.
Calò prof. Vittorio - Modena.
Camera prof. Ugo - Torino.
Camerano dott. Alessandro - Lanzo Torinese.
Cantelli dott. Oreste - Bologna.
Cantilena dott. Antonio - Fiesso d'Artico.
Carelli dott. Augusto - Roma.
Carpi prof. Umberto - Lambrate.
Castellani dott. Pietro - San Floriano.
Cavalieri dott. Renato - Ferrara.
Cerioli dott. Aleardo - Lonato.
Cesetti dott. Pietro - Roma.
Chiasserini prof. Angelo - Roma.
Chiavaro prof. Angelo - Roma.
Ciancio dott. Nicola - Rio de Janeiro.
Ciauri prof. Rosolino - Cotrone.
Coglievina dott. Benvenuto - Trieste.
Colalè dott. Nicola - Lanciano.
Conforti dott. Giovanni - Mottafollone.
Curti dott. Eugenio - Brescia.
Daniele dott. Samuele - Basciano.
Daretti dott. Ugo - Roma.
Dazzi dott. Angelo - Parma.
De Chiara dott. Domenico - Roma.
De Napoli prof. Ferdinando - Bologna.
De Favento dott. Piero - Trieste.
De Tommasi dott. Pietro - Vignanello.
De Vecchis dott. Beniamino - Napoli.
Dionisio dott. Ignazio - Torino.
Di Pace dott. Ignazio - S. Marco in Lamis.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Durand dott. Felice - Genova.
Durante prof. Luigi - Genova.
Egidi prof. Guido - Roma.
Falcioni dott. Domenico - Roma.
Fasano prof. Mario - Asti.
Ferraresi prof. Paolo - Roma.
Ferretti prof. Tito - Roma.
Ferri dott. Andrea - Sala Bolognese.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fortunato dott. Antonio - Andria.
Fossataro prof. Enrico - Venezia.
Fulci prof. Francesco - Roma.
Frugoni prof. Cesare - Firenze.
Gaglio prof. Empedocle - Cairo.
Gaglio prof. Gaetano - Roma.
Gasbarrini prof. Antonio - Pavia.
Genoese dott. Giovanni - Roma.
Ghilarducci prof. Francesco - Roma.
Ghiron dott. Vittorio - Roma.
Giacanelli dott. Vittorugo - Cassino.
Giannelli prof. Augusto - Roma.
Giannelli prof. Domenico - Carsoli.
Gilberti dott. Pietro - Bergamo.
Giorcacopulo dott. Demetrio - Trieste.
Giordano dott. Enrico - Napoli.
Grande dott. Francesco - Sparanise.
Grossi dott. Ennio - Roma.
Grossi dott. Vincenzo - Roma.
Isidori dott. Tommaso - Castelnuovo di Farfa.
Jenna prof. Rocco - Napoli.
Lay prof. Efisio - Roma.
Lecce dott. G. Luigi - Villa Latina.
Lollini dott.ssa Livia - Roma.
Loriga prof. Giovanni - Roma.
Luzzatti prof. Tullio - Roma.
Maestrini prof. Dario - Roma.
Mancini dott. Ugo - Roma.
Marassini prof. Alberto - Pisa.
Masci dott. Bernardino - Roma.
Maselli dott. Domenico - Roma.
Massini prof. Luigi Carlo - Genova.
Mello dott. Stefano - Govone d'Alba.
Mendes prof. Guido - Roma.
Micheli prof. Ferdinando - Firenze.
Miliani dott. Antonio - S. Benedetto del Tronto.
Minerbi prof. Cesare - Ferrara.
Mingazzini prof. Giovanni - Roma.
Mizzi dott. Angelo - La Valletta.
Modigliani prof. Enrico - Roma.
Mondolfo prof. Emanuele - Pisa.
Monteleone dott. Renato - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Monti prof. Achille - Pavia.
Monti dott. Giuseppe - Bergamo.
Mosti dott. Renato - Firenze.
Nardelli dott. Leonardo - Trento.
Nicotra dott. Antonio - Venezia.
Nessina prof. Mario - Pisa.
Osslan dott.ssa Rosa - Roma.
Ovazza dott. Vittorio Emanuele - Roma.
Pacchini dott. Pietro - Asciano Pisano.
Paoletti dott. Ferdinando - Pisa.
Pennisi dott. Alessandro - Roma.
Perazzi dott. Piero - Vercelli.
Pertusio dott. Carlo Mario - Genova.
Perussia prof. Felice - Milano.
Petrucci dott. Angelo - S. Stefano di Cadore.
Piccinini prof. Guido Maria - Bologna.
Pighini prof. Giacomo - Reggio Emilia.
Piperno prof. Arrigo - Roma.
Pirondini dott. Eugenio - Roma.
Pittarelli dott. Emilio - Chieti.
Poggiolini prof. Aurelio - Comacchio.
Pollitzer dott. Renato - Roma.
Pontano prof. Tommaso - Roma.
Prebil dott.sa Maria - Roma.
Prati dott. Alessandro - Roma.
Ranelletti prof. Aristide - Roma.
Romanese dott. Ruggero - Torino.
Rossi Doria prof. Tullio - Roma.
Rotolo dott. Aurelio - Laguna.
Ruggi prof. Giuseppe - Bologna.
Rusca dott. Paolo - Milano.
Sabatini prof. Giuseppe - Roma.
Sabatucci prof. Francesco - Roma.
Sabella prof. Pietro - Roma.
Salvo dott. Vito - Trapani.
Sampietro prof. Gaetano - Roma.
Sarri dott. Umberto - Arezzo.
Satta prof. Giuseppe - Torino.
Sebastiani dott. Antonio - Roma.
Segale prof. Mario - Genova.
Sembiante dott. Pietro - Trento.
Siciliano prof. Luigi - Firenze.
Silvestri dott. Silvestro - Roma.
Silvestri prof. Torindo - Modena.
Sisto prof. Pietro - Torino.
Solina dott. Carmelo - Trapani.
Spampinato dott. Salvatore - Biancavilla.
Spolverini prof. Luigi Martino - Roma.
Stretti dott. Giov. Batt. - Bologna.
Taddei prof. Domenico - Siena.
Timpano dott. Pietro - Reggio Cal.
Tognoli dott. Ennio - Trebbo di Reno.
Tomaselli prof. Andrea - Catania.
Trossarello dott. Mario - Torino.
Urizio dott. Lino - Trieste.
Venturi prof. Antonio - Urbino.
Vergano dott. Umberto - Torino.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Vigevani prof. Giuseppe - Milano.
Volpino prof. Guido - Bergamo.

INDICE GENERALE

Vol. XXVI - 1919

Indice per rubrica

Pag.

LAVORI ORIGINALI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Pag.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

CONTRIBUTI ORIGINALI VARII.

LEZIONI E CONFERENZE.

RIVISTE SINTETICHE - RIVISTE CRITICHE QUESTIONI DEL GIORNO.

COMMENTI.

MEDICINA E IGIENE SOCIALE.

STORIA DELLA MEDICINA.

DIVAGAZIONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Semeiotica. Diagnostica.

Medicina interna.

Chirurgia.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Indice alfabetico delle Materie

B

F

G

R

T

U

V

Indice alfabetico degli autori italiani

- Roma - 1920 - Stab. Poligr. Amm. Guerra

L. Pozzi, *resp.*

Indice alfabetico delle memorie originali pubblicate nell'anno 1919 sulla *Sezione Medica* del " POLICLINICO "

Volume XXVI (1919)

Indice alfabetico delle memorie originali pubblicate nell'anno 1919 sulla *Sezione Chirurgica* del " POLICLINICO „

Volume XXVI (1919)

Anno XXVI. *Roma, 5 gennaio 1919* Fasc. 1.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

IL POLICLINICO NEL 1919

Ai Medici italiani.

Tre anni di guerra, tre anni di crisi per il giornalismo medico: deserte le redazioni, rincarita e stentata l'opera tipografica, esorbitanti i prezzi della carta.

La preziosa collaborazione dei medici al fronte ha fornito invero larga messe di osservazioni cliniche e di ricerche; ha dato occasione a importanti dibattiti sull'ordinamento della sanità in guerra. La fiducia che *Il Policlinico* si era accaparrata, la buona cernita del materiale e la patriottica disamina degli interessi di classe gli hanno mantenuto integro il carattere suo peculiare di giornale vivo, di giornale cioè che rispecchia la vita quotidiana del medico pratico, che di lui sente i palpiti dell'animo, le aspirazioni intellettuali, le difficoltà di esercizio sia nel campo tecnico, sia nei complessi rapporti sociali.

E *Il Policlinico* così — uno dei pochi fra i periodici medici — ha continuato con puntualità la pubblicazione di tutte e tre le sezioni — Pratica, Medica, Chirurgica — onde da cinque lustri spande il frutto della migliore opera clinica dei medici d'ogni scuola e d'ogni categoria.

L'Italia cui la lenta, inavvertita quasi, ma magnifica, preparazione politica, cui la dura, ma fortunata, prova delle armi hanno concesso il trionfo, esce redenta dalla guerra, santificata cioè dai sacrifizi, espansa e sicura nei suoi naturali confini, libera d'ogni soggezione, cosciente delle sue forze e dei suoi destini.

La tradizione nobilissima e le non meno nobili gesta attuali le danno nella Lega delle nazioni che dalla guerra sorgerà, un posto d'onore per guidare il mondo verso ideali umani di elevamento e di giustizia sociale. Questo radioso destino d'Italia che noi esplicitamente prevedemmo nei programmi degli anni di guerra è divenuto realtà.

Nel momento di iniziare la vita nuova noi ci inchiniamo sulle tombe dei colleghi che col sacrificio della loro vita resero grande la Patria e onorata l'arte nostra, e rendiamo omaggio ai non meno meritori reduci della guerra la cui opera preservò il paese da minaccianti epidemie, restituì numerose vite e conservò forze utilissime all'Italia. L'animo nostro vibra di

commozione nel dare il saluto più caldo e affettuoso ai colleghi delle terre già invase e soprattutto ai colleghi delle terre redente fra i quali alto vibrò sempre il sentimento d'italianità.

La letizia della vittoria ci permette la serenità per misurare la gravità del nostro còmpito, per scegliere la via da percorrere. Se devono rinnovarsi gli ordinamenti sociali, se la vita deve tutta mutare e prendere altro ritmo, alla medicina oggi spetta e viene riconosciuto una parte grandiosa nell'indirizzare e volgere a buon fine il lavoro di ricostruzione. Al giornalismo medico s'offre un campo vastissimo nel quale noi invochiamo l'opera concorde di tutti i medici in qualunque direzione esplichino la loro attività dalla cattedra all'ospedale, dal laboratorio alla vita della condotta, dai gabinetti di analisi alle scuole, alle officine. Se molti sono gli uffici del medico uno è lo scopo: la salute fisica e la redenzione sociale dell'uomo. Il giornale che vuol vivere la vita del medico deve comprendere questo complesso armonico di funzioni e di còmpiti ch'eleva la nostra professione dalla più immediata realtà ai più nobili ideali della vita.

Tale unità di concezione della professione medica ispira *Il Policlinico*. Le attuali contingenze delle occupazioni mediche e della economia pubblica non permettono una trasformazione radicale quale i tempi mutati comporterebbero.

È un periodo di raccoglimento. Finchè i nuovi impulsi non possano essere secondati noi abbiamo organizzato una nuova redazione e accresciuto il numero delle pagine per prepararci ad affrontare utilmente il domani. Attenuate e cessate le contribuzioni legate allo stato di guerra allargheremo e perfezioneremo le attuali rubriche, ne introdurremo delle nuove perchè *Il Policlinico* adempia al triplice intento di accogliere in lavori originali la migliore produzione italiana, informare rapidamente e con esattezza d'ogni reale progresso nostrano e straniero, facilitare e proteggere l'esercizio dell'arte salutare.

I medici italiani, che per 25 anni ci hanno incoraggiato, che ci hanno sostenuto negli anni difficili della guerra, noi speriamo che ci concederanno la loro auspicata cooperazione. Mercè loro *Il Policlinico* non solo terrà alto il decoro italiano nell'epoca nuova, ma risponderà agli ideali di umana giustizia per cui l'Italia s'è ricostituita.

LA REDAZIONE.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Sulla profilassi dell'influenza.

La pandemia influenzale continua le sue stragi. E, se giova trarre ammaestramento dal passato, dobbiamo ammettere che verisimilmente, pur troppo, infierirà ancora a lungo (quella iniziatasi nell'inverno del 1889 si protrasse fino alla metà del 1892).

A giusto titolo dunque richiama tutta l'attenzione del mondo medico: domina oggi tutte le altre questioni della medicina.

Malgrado gli sforzi compiuti per debellarla, siamo quasi indifesi contro di essa. La lotta si dimostra difficile e quasi impossibile, perchè la malattia è mal nota: il medico può dire, almeno, in tutta coscienza: *ignorantia meam non ignorare.*

Per quanto concerne particolarmente la profilassi, questa dovrebbe derivare dalle cognizioni eziologiche ed epidemiologiche, le quali sono ben poco sicure.

Vogliamo richiamare le principali di queste nozioni, per tentare di modellarvi la profilassi.

Un "binomio eziologico".

Da qualche tempo si sospettava che l'influenza fosse prodotta da un virus filtrabile, date le analogie che essa presenta, almeno nei riguardi epidemiologici, con altre malattie da virus filtrabili, particolarmente col morbillo.

La prova della filtrabilità del virus influenzale è stata fornita da Selter, da Nicolle e Lebailly, e successivamente da altri. Il virus ultra-microscopico si dimostra presente nell'espettorato. Sebbene le esperienze eseguite fin'ora per accertare la filtrabilità del virus siano passibili di obbiezioni, pure possiamo ormai ammettere questa nozione come acquisita.

Se non che, il virus ultra-microscopico agisce raramente da solo. Per solito esso è il *primum movens,* che apre la via ad infezioni secondarie, le quali assumono la parte principale nel determinare la gravità della malattia. Si crede che durante l'epidemia del 1889-92 dominasse il bacillo di Pfeiffer, ma oggi riscontriamo di rado questo germe; frequenti sono invece gli streptococchi, appartenenti a varî tipi (tipo Kolle non emolitico, tipo Mathers emolitico), il pneumococco (in specie tipi I e IV di Cole), il catarrhalis, gli stafilococchi, il pneumobacillo di Friedländer, gli pseudo-influenzali, perfino le spirochete.

Si tratta di germi domestici, ospiti abituali del nostro organismo, che cessano di comportarsi come epifiti, per diventare patogeni. Nelle bronco-polmoniti quasi costanti sono gli streptococchi, tanto che possono considerarsi come *semi-specifici.*

Condizioni analoghe si ripetono per molte altre infezioni da virus filtrabili. Tipico è il caso della peste suina (hog-cholera), in cui è di reperto regolare e quasi costante il cocco-bacillo di Salmon e Smith, tanto che la malattia si credette definitivamente legata a questo germe, il quale anzi dette il nome ad un intero gruppo di batterî, le *salmonelle*, che provocherebbero infezioni dette « salmonellosi ». Dalle ricerche di Schweinitz e Dorset risultò invece che la malattia è dovuta ad un virus filtrabile.

Questo reperto però non distrugge il primo, in quanto che il virus ultra-microscopico non agisce mai da solo, e anche il germe visibile da solo è incapace di dare la malattia (Uhlenhuth); ma col concorso del virus ultra-microscopico entra in azione il germe visibile, che è un ospite abituale dell'intestino del maiale: ne risulta una simbiosi microbica, che determina l'hog-cholera.

L'associazione del germe visibile non specifico è così regolare, che la constatazione di esso permette di porre la diagnosi. Alle volte però invece di questo paratifico si riscontrano altri germi del gruppo o affini, il *suisepticus*, il *typhi suis*, il *coli*; ecc. La molteplicità di questi reperti concorre a spiegare la variabilità clinica della malattia.

Tra i molti altri esempi del genere è da annoverare la febbre gialla, che ha dato origine a tante appassionate discussioni. Le ricerche di Sanarelli non sono state infirmate da quelle ulteriori di Reed, Carrol e Agramonte, ma integrate da esse, in quanto che il virus filtrabile apre la via all'invasione batterica (Londini, Lanfranchi).

Si era dunque avuta troppa fretta, come ha scritto anche Sanfelice, nello svalutare le belle ricerche dello studioso italiano.

In questi casi noi parleremmo di « binomi eziologici ».

Si conoscono ormai molte infezioni con comportamento analogo: la scarlattina, in cui il virus filtrante si associa agli streptococchi; il cimurro dei cani, in cui si associa alla *Pasteurella canis;* il tifo esantematico, in cui prepara il terreno al bacillo di Plotz ed all'X 19, ecc.

Molti enigmi eziologici vengono così ad essere chiariti.

Qualche autore ammette che perfino il tifo, i paratifi e il colera, siano infezioni secondarie, consecutive all'azione di virus filtrabili.

Il virus filtrabile è la chiave che disserra la porta ai germi batterici.

In primo tempo esso deprime l'organismo; come dice Debré, vi induce uno stato di « anergia »; come si esprime Violle, ne « siderizza » gli elementi anatomici. In secondo tempo, alcune specie batteriche le quali per solito vivono tranquillamente nelle vie respiratorie e nell'intestino, profittano di questa condizione per irrompere nell'organismo: Nicolle li chiama « microbes de sortie » cioè di irruzione. I due virus si esaltano a vicenda, per modo che Prowazek parla di « simbionti sinergetici »; ma è la superinfezione che determina la gravità della malattia a duplice eziologia.

Nel caso dell'influenza, dice Meunier, il virus primitivo pronunzia la sentenza, ma è l'infezione secondaria che la esegue; o, volendo usare il paragone non meno espressivo di Violle, il virus specifico ara il terreno, sui solchi del quale germinano i batterî secondari. Mentre il virus influenzale specifico condiziona la morbosità, sono le complicazioni che determinano la mortalità. Il primo devitalizza il corpo, che diviene facile e rapida preda degli epifiti.

Se non che, di questi si esalta la virulenza; quindi anch'essi divengono contagiosi. I germi secondarî possono dunque trarre origine da un organismo colpito, in cui si sono virulentati. In altri termini, all'infezione primitiva può sovrapporsi non solo un'auto-infezione, ma anche, e forse più spesso, un'etero-infezione.

Queste nozioni sono importanti per la profilassi.

La molteplicità delle infezioni secondarie spiega la varietà delle forme cliniche dell'influenza. Possono aversi forme miti, monosindromatiche, che ricordano davvicino la febbre dei tre giorni (analogia messa nuovamente in rilievo da Netter); presumibilmente esse sono dovute alla sola azione del virus primitivo, astenizzante, il quale secondo Kolle può, sia pure in via del tutto eccezionale, essere in grado di uccidere, provocando un'intossicazione del midollo allungato, che si traduce in edema polmonare, ma per solito determina solo forme miti. Si hanno casi gravissimi, e anche fulminanti. Si osservano localizzazioni bronco-polmonari, pleuriche, intestinali, cerebrali, forme esantematiche, poliadenitiche, bradicardiche, reumatoidi, setticemiche, ecc.

In uno stesso ambiente dominano per lo più forme secondarie con una stessa *allure* clinica, il che dimostra un'origine unica del contagio.

D'altra parte, le infezioni secondarie dell'influenza possono aversi anche in altre malattie: per es., bronco-polmoniti non differenziabili da quelle influenzali hanno accompagnato, in America, un'epidemia di morbillo.

Siccome non è solo il virus influenzale ad essere contagioso, ma lo sono anche, e ad un alto grado, le infezioni secondarie, così le misure

profilattiche vanno dirette non solo contro l'agente ultra-microscopico, il quale di per sè è poco temibile, ma anche contro gli agenti batterici, i quali cagionano la gravità della malattia.

Questa nozione deve tenersi presente così per le disinfezioni come per l'isolamento.

Patologia comparata dell'influenza.

È stata rilevata più volte la coincidenza di epidemie umane d'influenza con epidemie di così detta influenza o febbre tifosa degli equini. Di recente vi hanno richiamato l'attenzione Orticoni e Barbier, Sampietro, Lanfranchi, ecc.

Fra le due malattie esistono analogie eziologiche non dubbie; per es. Basset ha dimostrato ed altri autori hanno confermato che l'influenza equina è dovuta ad un virus filtrabile; Orticoni e Barbier hanno riconosciuto l'intervento di germi secondarî identificabili con quelli di Pfeiffer, mentre la presenza di streptococchi è stata accertata da Ferry, da Mathers, ecc.

Non solo, ma Orticoni e Barbier avrebbero provato che il siero di cavalli guariti esercita effetti curativi nell'uomo.

Siamo dunque indotti a non escludere un legame di dipendenza, se non l'identità, tra la malattia umana e quella equina. Non pare tuttavia che gli equini abbiano un compito apprezzabile nella diffusione dell'influenza. Se il contagio fosse contenuto nelle feci degli equini, la malattia dovrebbe invadere contemporaneamente tutta una città, non procedere per quartieri, per alloggi, come realmente avviene. Può ammettersi tutt'al più la trasmissione diretta, immediata, non frequente a realizzarsi, dagli equini all'uomo.

Per quanto sia indubbiamente scarsa l'importanza di questo fattore, esso non va però trascurato. Le nozioni esposte consigliano una buona pulizia umida delle strade, in cui non difettano mai gli escrementi equini, e suggeriscono di limitare al minimo i rapporti con gli equini a chi, per ragioni di mestiere, deve accudire a questi animali.

Il contagio inter-umano.

La principale e forse l'unica sorgente del contagio è l'uomo infermo.

Pare che quasi sempre il contagio sia inter-umano, ossia abbia luogo direttamente da persona malata a persona sana.

Ad esempio, può avvenire che in un ospedale un solo reparto sia gravemente colpito, mentre un reparto contiguo resta temporaneamente immune: dunque la trasmissione non avviene attraverso l'aria o con l'intermediario di oggetti o di persone sane o d'insetti (Sampietro).

Questi e altri fatti tendono a provare che il virus dell'influenza è labilissimo e che viene distrutto rapidamente (dall'aria, dalla luce, dal disseccamento). Si comporterebbe in modo analogo al virus morbilloso, mentre altri virus filtrabili sono molto resistenti: quelli del vaiolo umano, del vaiolo ovino, del vaccino, della peste suina, ecc.

La trasmissione suole aver luogo in quanto che i malati proiettano a breve distanza, parlando (in specie nel pronunziare consonanti esplosive), tossendo o starnutando, particelle di mucosità che contengono il virus: i malati si circondano in qualche modo di una nebbia infettante, la cui esistenza è stata dimostrata da Flügge, Vincent, ecc.: essa opera il contagio.

Anche persone apparentemente sane possono essere sorgenti di contagio.

Bisognerebbe dunque che tutti si persuadessero che è un attentato alla salute pubblica tossire o starnutare in presenza di altri, senza portare la pezzuola innanzi alla bocca; anche parlando bisognerebbe tenersi ad una certa distanza, come nei luoghi di peste polmonare. Non sarebbe male che le autorità sanitarie moltiplicassero i cartellini di propaganda per ammonire e premunire il pubblico.

Sovratutto nel visitare i malati converrebbe tenersi ad una discreta distanza, qualora non siano adottate le altre cautele di cui parleremo in seguito.

Probabilmente il contagio può aver luogo anche con le mani del malato, inquinatesi perchè egli le ha portate innanzi alla bocca o nella bocca; con i cibi toccati da mani inquinate; ecc.

Ne viene l'utilità, non potendosi evitare le strette di mano, di lavarsi le mani almeno prima dei pasti; se non sono ben pulite, di non portarle sulle labbra, in bocca o... nel naso; in genere, di osservare la nettezza.

Gli sputi freschi naturalmente sono pericolosi. Quelli disseccati possono contenere, se non il virus specifico, poco resistente, almeno i batterî secondarî; da ciò l'utilità del divieto di sputare per terra, o sui pavimenti di vetture pubbliche, e della pratica delle disinfezioni.

Secondo Violle, è probabile che anche l'urina dei malati sia contagiosa. Quindi non sarebbe fuori di luogo che si provvedesse alla buona manutenzione delle *vespasiennes* e che se ne aumentasse il numero.

Bastano, pare, quantità minime di virus a determinare il contagio, analogamente a ciò che avviene per altri virus filtranti (quello della peste aviaria si mantiene attivo a $^1/_{125}$ milionesimo, secondo Maggiora e Valenti; quello aftoso a $^1/_{5000}$, secondo Löffler; ecc.).

Ciò spiega l'estrema contagiosità della ma-

lattia e il suo considerevole potere di disseminazione, di espansione.

È incerta la trasmissione per mezzo di oggetti. Le prove addotte per sostenerla (per es. quella ben nota della lettera giunta ai magazzini del Louvre nell'89) sono suscettibili di critiche.

A differenza dell'infezione primaria, quelle secondarie possono certamente essere trasmesse per via indiretta poichè i batterî che le determinano sono più o meno resistenti, come sappiamo.

Da queste nozioni deriva la conseguenza che bisogna sovratutto difendersi dai rapporti immediati con i soggetti malati, ma che non sono a trascurare le altre norme di profilassi generale, per es., le disinfezioni.

Condizioni e modalità del contagio.

Non è accertato ma è verisimile che l'influenza sia sovratutto contagiosa durante l'incubazione e lo stadio febbrile, come il morbillo.

La contagiosità del virus primitivo si esaurirebbe relativamente presto, nel corso della malattia.

Non vogliamo passare sotto silenzio la circostanza che in modo diverso si comporta l'influenza equina, la quale presenta molte analogie, già rilevate, con quella umana: gli stalloni possono portare per anni il virus nelle vescicole seminali e nella prostata e contagiare le cavalle durante il salto, come dimostrò Bemelmans. Lo stesso fatto venne poi accertato anche per il cimurro sperimentale, da Hutyra e Marek.

Nelle forme complicate, ossia nella generalità dei casi, subentra un secondo periodo di contagiosità, in quanto che al virus primitivo si associa quello batterico, che persiste a lungo e determina il contagio se raggiunge un individuo che si trovi sotto l'influenza del virus specifico. È difficile stabilire la durata di questo secondo periodo.

Sono contagiosi anche i casi leggeri, e perfino forme appena accennate, semplici corizze o sola stanchezza ingiustificata, senza sintomi corizzali, che debbono riguardarsi come possibili equivalenti dell'influenza. Per solito però questi casi dànno forme altrettanto lievi, epperò non reclamano misure preventive speciali.

Sono i casi gravi i più pericolosi e che reclamano più efficace difesa; ma in principio è difficile indovinare se una forma morbosa evolverà in senso benigno od in forma grave.

Quanto alle *vie di penetrazione*, pare che il virus influenzale invada l'organismo di preferenza per le vie aeree: rino-faringe, trachea, bronchi. Forse la penetrazione può aver luogo anche per le vie digerenti. Qualche osservazione porta infine ad ammettere che possa compiersi anche per gli occhi: Vincent e Lochon in Francia, Hull in America, Lenz in Svizzera, non pongono in dubbio la frequenza di questa via di trasmissione, che Nicolle e Lebally avrebbero accertato sperimentalmente e che verrebbe comprovata dalla frequente reazione congiuntivale. Il virus attraverserebbe direttamente la congiuntiva; ovvero verrebbe portato nel rinofaringe per i dotti lacrimali. (La penetrazione attraverso l'occhio è stata dimostrata anche per altri virus: per la peste aviaria da Kleine e Möllers, per il virus mixomatoso dei conigli da Sanarelli, ecc.).

Notiamo ancora che il virus dell'influenza equina può penetrare attraverso la vagina (Boerman).

Il *periodo d'incubazione* dell'influenza è brevissimo: alle volte inferiore a 24 ore. Questa circostanza concorre a spiegare la rapidità con cui la malattia può propagarsi: alle volte esplode quasi all'improvviso. Così Lereboullet riferisce di un piccolo ospedale infantile in cui tutti i 31 ricoverati ammalarono di influenza entro 3 giorni dall'ammissione di una nuova infermiera che era influenzata.

Sembra accertato che un primo attacco, in specie se grave, conferisca l'*immunità*.

Non si tratta di un'immunità salda, tenace, come viene lasciata dal morbillo, ma solo di un'immunità relativa, nel senso che sono rare le recidive. Dopo un primo attacco sogliono aversi, tutt'al più, solo forme frustre, miti (facciamo astrazione dalle ricadute prossime, le quali sarebbero gravi e non eccezionali).

Vari fatti sono stati raccolti a dimostrazione dell'immunità post-influenzale (Sampietro, Scoccia, Bezançon, ecc.). In una relazione di Bezançon è riferito di tre reparti di artiglieria, in cui il numero dei colpiti alla 2ª ripresa dell'epidemia fu inversamente proporzionale (114, 59 e 3) a quello della prima invasione epidemica (3, 20 e 100). Occorrerebbero però nuove e più precise osservazioni a sostegno di questo assunto.

L'immunità durerebbe molti anni: così ci si spiegherebbe perchè i vecchi si dimostrino generalmente immuni in questa epidemia: essi avrebbero acquistato la loro resistenza fin nell'attacco subìto durante l'epidemia anteriore (1889-92).

Ci si spiegherebbe anche perchè, mentre questa preferiva le persone di età e piene di acciacchi, quella attuale preferisce i giovani e validi.

Anche i bambini sono relativamente immuni dall'influenza, in specie sotto i 6 mesi, come hanno rilevato Chauffard e Marfan. Questo comportamento però sorprende poco, perchè si

ha anche in altre malattie: per es., il morbillo risparmia i neonati.

È molto verisimile che l'immunità sia di diverso grado e di diversa durata di fronte al virus primitivo ed a quello secondario; ma nulla ancora sappiamo di preciso al riguardo.

La maggior parte di queste nozioni trovano diretta applicazione alla profilassi.

Localizzazioni epidemiche.

La malattia si accantona spesso in uno o più quartieri di una città, per poi migrare irregolarmente ad altri quartieri, che in primo tempo erano stati risparmiati. Colpisce prima alcune abitazioni e poi passa ad altre di uno stesso quartiere. In un accampamento, in una officina, prende spesso tutti i militari di una sola baracca, tutti gli operai di un solo corpo di fabbrica, per poi manifestarsi altrove, ma sempre con tendenze localizzatrici.

Ciò avviene malgrado i continui rapporti tra tutti gli abitanti di una stessa città, tra tutti i militari di uno stesso accampamento, tra tutti gli operai di una stessa officina.

È evidente che deve intervenire qualche fattore ancora sconosciuto, nel determinare questa localizzazione (Sampietro).

A semplice titolo di supposizione, si può ammettere che il virus specifico si dissemina e diffonde con estrema facilità, ma solo in via diretta, mentre il virus secondario — cui si devono i caratteri di gravità della malattia — si localizza nell'ambiente, in cui può persistere per qualche tempo, determinandovi la temporanea localizzazione epidemica.

Il compito dell'affollamento.

L'affollamento facilita e moltiplica i contatti e quindi le occasioni di trasmissione del virus.

Così ci spieghiamo perchè a volte l'influenza colpisca, bruscamente, quasi tutti gl'individui di una caserma, di una fortezza, di un accampamento, di un treno sanitario, di un ufficio, di un magazzino, di un convento: da un soggetto all'altro in queste collettività la trasmissione è frequente, inevitabile, rapidissima. È rimasta classica l'esplosione della malattia nei magazzini del Louvre al suo primo apparire in Parigi nel 1889.

La malattia si diffonde con facilità anche nelle folle molto fitte: dopo la grandiosa processione dell'Ascensione che ebbe luogo il 9 maggio 1918 a Madrid, si ebbe una violenta ripresa dell'epidemia.

È ben nota la parte che spetta anche ai teatri, ai cinematografi, ai caffè, alle ferrovie, ai trams, ecc., nel disseminare la malattia; ma la loro importanza è varia.

Per esempio nei caffè, ove si resta a discorrere a lungo seduti intorno ai tavolini, l'uno rimpetto o vicino all'altro, è probabile che il contagio riesca molto facile.

Il cinematografo deve avere molto maggiore responsabilità del teatro, perchè il pubblico vi si rinnova di continuo, vi avvengono incontri, ecc.; invece nel teatro la separazione dei posti è maggiore, oltre di che l'ambiente suol essere più vasto e meglio ventilato.

Le scuole hanno importanza diversa: nelle città alle volte preservano meglio di come non facciano la strada o la casa, a meno che non vi sia qualche scolaro colpito; nelle campagne invece accolgono spesso ragazzi di varî villaggi e quindi possono agevolare la disseminazione del virus.

Il contagio interospedaliero si distingue sovratutto per la sua gravità. È inevitabile il contagio anche negli ambulatorî affollati.

Il contagio familiare è sempre facile, ma lo è tanto più quanto maggiore è l'addensamento degli abitanti nelle case.

In contrasto con la nozione del cómpito che spetta alla frequenza e facilità dei contatti nel determinare il contagio, le donne, le quali conducono vita più riservata e casalinga degli uomini, vengono colpite di più. Questo comportamento resta ancora un po' enigmatico. Per spiegarlo è stato ammesso che le donne siano più predisposte alla malattia, perchè vivono in un'aria più confinata.

Dalle nozioni che abbiamo esposto derivano semplici norme profilattiche.

Nei riguardi individuali: evitare i luoghi affollati, specialmente quelli dove più facile è il contagio. Nei riguardi collettivi: far chiudere i cinematografi, in ispecie se mal ventilati, i teatri, le scuole, ecc.; vietare le fiere, le processioni, i cortei; vietare le visite agli influenzati negli ospedali ed evitare l'ingombro nelle consultazioni d'ambulatorio; distanziare i letti delle camerate nelle caserme ed i letti delle corsie ospedaliere; e così via.

Isolamento.

È difficile a realizzare, sia per il gran numero di colpiti, sia perchè la malattia è clinicamente meno definita e caratteristica di altre a larga diffusione, come la difteria o il morbillo.

Tuttavia si deve tentarla, almeno per le forme gravi.

Nelle famiglie il malato o i malati verranno accolti possibilmente in una o più camere, di cui s'interdirà l'accesso a quanti non sono addetti all'assistenza.

Negli ospedali converrà accogliere gl'in-

fluenzati in reparti speciali; non solo, ma tener distinte le forme gravi, complicate, dalle altre; possibilmente tenere aggruppate le varie forme. È molto raccomandabile anche l'isolamento individuale; a tale scopo possono valere i setti di semplice mussolina, alti 2 metri, tenuti tesi da corde.

Ai reparti influenzati verranno addette infermiere speciali, che non abbiano accesso negli altri reparti.

Appena i malati entrano in convalescenza, è bene dimetterli, per evitare che contraggano infezioni secondarie.

Nelle collettività, p. es., negli istituti d'educazione, converrà isolare tutti i casi sospetti — anche se presentano solo cefalea, faringite, lieve innalzamento termico.

Una forma d'isolamento è data dall'uso della maschera, sovratutto per il personale d'assistenza e infermiere. Weaver fa uso di un doppio strato di garza fitta; Bar di tre strati; Rénon e Mignot di 4 strati; Violle di 5 strati di garza molle, da 10 fili per cm. (il Violle si è basato sulle esperienze del Vincent). I risultati paiono molto buoni: Weaver in un piccolo ospedale di Chicago ha fatto sparire dalle infermiere perfino le faringiti e riniti banali, cui un tempo andavano soggette; Bar ha debellato completamente l'influenza nell'ospedale ginecologico Tarnier; Rénon e Mignot all'ospedale Necker non hanno più osservato nessun caso di contagio tra i protetti dalle maschere.

La difesa però non è assoluta: si sono avuti degli insuccessi; per es. ne segnala Violle. Essi sono stati addebitati alla mancata protezione degli occhi: quindi sono state costruite ed usate in Francia e in America anche maschere con occhiali.

In genere le maschere riescono moleste e quindi mal tollerate.

Un mezzo più semplice di difesa consiste nell'indurre i malati a coprirsi la bocca con una pezzuola o con un lembo di lenzuolo tutte le volte che parlano, tossiscono o starnutano; ma a queste misure non si assoggettano che i malati volenterosi, coscienziosi e intelligenti.

Valore della disinfezione.

La disinfezione è praticamente inattuabile nella generalità dei casi.

Sarebbe certamente inutile contro il virus primitivo, perchè questo è labile e soggiace all'azione antisettica naturale dell'aria, della luce, del disseccamento. D'altra parte questo virus ha un troppo grande potere di espansione, per modo che sarebbe del tutto impossibile di raggiungerlo...

La disinfezione può essere utile solo in presenza delle infezioni secondarie, e più precisamente nelle forme gravi, complicate, in specie bronco-polmoniti e polmoniti, e dopo i casi letali.

Le autorità dovrebbero provvedere alla disinfezione in tutti questi casi. Naturalmente, essa comporterebbe l'obbligatorietà della denunzia dei casi gravi.

Per i malati si raccomanda la disinfezione del rino-faringe con polverizzazioni e sciacqui o gargarismi, perchè non contagino i sani, allorchè non vengono adottate altre misure efficaci (come le maschere protettrici).

Questa disinfezione può esser fatta con mentolo (in soluzione idroalcoolica al 0.2-0.5 %), con acqua ossigenata (al 0.5-1 %), ecc.

Da parte dei sani la disinfezione del rinofaringe può danneggiare, provocare irritazioni e affezioni locali e facilitare l'effrazione e l'immissione di virus. Può essere consigliabile solo mentre si è esposti al contagio o subito dopo. Va estesa agli occhi, con soluzione di acido borico.

Per le mani basta la disinfezione meccanica: ossia lavarle, come si è già detto.

È stato consigliato anche di disinfettare il pane, passandolo sul fuoco, e il latte, bollendolo.

La disinfezione o la semplice pulizia a umido dei vagoni ferroviari, dei trams e dei pubblici locali, sono misure raccomandabili; se non giovano molto contro l'influenza, giovano però contro altre malattie infettive.

Profilassi medicamentosa.

L'uso terapeutico della chinina era stato suggerito da più parti (Lépine chiamava la chinina rimedio *semi-specifico* dell'influenza).

Dall'uso terapeutico era facile il passaggio a quello profilattico; ma i pareri sono ancora molto discordi sul valore profilattico della chinina nell'influenza.

Garin in Francia avrebbe osservato che i malarici in genere vanno poco soggetti all'influenza, e, avendo condotto un'inchiesta negli ospedali per malarici, avrebbe accertato che in 17 di essi non si ebbe nessun caso d'influenza, mentre in 6 se ne ebbero, ma nessuno letale. Egli attribuisce questa immunità relativa dei malarici all'uso di chinina e di arsenico.

Raoul Tricoise ha voluto istituire un esperimento di «chinino-terapia preventiva» dell'influenza. In due baracche d'artiglieria si era manifestato qualche caso dell'infezione; egli divise i non colpiti in due gruppi, di cui uno faceva da controllo, mentre l'altro veniva chininizzato (0.25-0.5 di solfato di chinina *pro die*). Nel primo gruppo si ebbe il 58 % di colpiti dall'influenza, nel secondo se ne eb-

be solo il 29 % e le forme morbose furono molto più miti.

Comunque stiano i fatti, l'uso profilattico della chinina nell'influenza non ci sembra troppo da incoraggiare, perchè questo prezioso rimedio, di cui si ha penuria, si rende molto più utile contro la malaria.

Vaccinoprofilassi.

Dalla nozione che l'influenza difficilmente si ripete, almeno in forma grave, si è tratta la conseguenza che la vaccinazione dovrebbe dimostrarsi efficace nell'immunizzare contro la malattia.

Naturalmente fin'ora non si è fatto uso che dei batterî delle infezioni secondarie, per allestire i vaccini. In Inghilterra il *War Office* usa un vaccino triplo (streptococchi, pneumococchi, bacillo di Pfeiffer); Eyre e Lowe hanno preparato un vaccino multivalente (streptococchi, pneumococchi, bacillo di Pfeiffer, catarrhalis, stafilococchi, pneumobacilli, septus); in America Fox ha allestito un vaccino quadruplo (streptococco emolitico, streptococco non emolitico, pneumococco I, pneumomocco IV), ecc.

I risultati ottenuti meritano la maggiore attenzione. Per es., Eyre e Lowe su 1000 vaccinati hanno avuto il 2 % di colpiti, contro il 28.4 % tra i controlli.

Le autorità sanitarie americane hanno voluto immediatamente trarre profitto di questa nuova arma, che già si dimostra così promettente. A New York sono state aperte 42 stazioni per la vaccinazione anti-influenzale; a Chicago il commissario sanitario Robertson ha ordinato addirittura la vaccinazione generale contro l'influenza.

Non siamo alieni dal sollecitare le nostre autorità sanitarie ad imitare l'esempio.

Si è tentata anche la sieroprofilassi dell'influenza, ma non è pratica.

Predisposizione individuale e mezzi per combatterla.

Tutte le cause che indeboliscono l'organismo predispongono alla malattia e concorrono ad aggravarla.

Secondo Violle, avendo la guerra contribuito a fiaccare la resistenza organica delle popolazioni, è responsabile dei caratteri di gravità che l'epidemia influenzale ha assunto. La stessa opinione ha espresso Demieville, in Svizzera, ove sembra che la malattia si sia virulentata nei campi degli internati, soggetti a privazioni ed a sofferenze.

Gli strapazzi, le veglie protratte, l'alimentazione insufficiente, ecc., predispongono alla malattia e l'aggravano, perchè indeboliscono i poteri generali di resistenza; i raffreddamenti temporanei vi predispongono, perchè riducono la resistenza locale delle vie aeree.

Per infrenare la malattia tra i militari, si è trovato vantaggioso di evitare, nei limiti del possibile, gli strapazzi e i raffreddamenti. In Svizzera è stata sospesa anche la vaccinazione jenneriana, che è causa di perturbamento, sia pure fugace, nell'organismo.

Molte forme gravi si osservano in soggetti che, malgrado i primi sintomi, continuano ad accudire alle loro occupazioni ed a strapazzarsi, generalmente dopo aver mascherato i sintomi molesti sotto l'azione dell'aspirina o del piramidone... Uno dei migliori consigli che si possa dare per difendersi efficacemente contro l'influenza, è quello di non seguire l'esempio di costoro, ma di mettersi a letto ai primi sintomi che possano far sospettare la malattia; in ogni modo, giova evitare di strapazzarsi e di raffreddarsi.

L'affaticamento è pernicioso anche durante la malattia, qualora questa abbia forma grave. Perchè causa di strapazzo, riesce spesso dannoso il trasporto dei malati gravi negli ospedali: *nefasto*, lo definisce addirittura Bezançon. È preferibile di lasciare i malati gravi a domicilio, provvedendo ad isolarli. Le autorità sanitarie di alcuni paesi s'interessano a fornire i cibi e le medicine ai malati che ne abbisognano, a tenere in custodia i bambini, ecc.

Anche durante la convalescenza riesce di grande utilità la cura profilattica del riposo: è diretta ad impedire le complicazioni e sovratutto la debolezza cardiaca. Sarebbe bene che i malati non fossero autorizzati ad uscire per almeno 5-10 giorni dopo cessata la febbre: piuttosto 10 che 5. Molti casi letali si debbono alla circostanza che i soggetti, rapidamente sfebbrati, tornano troppo presto alle loro occupazioni, per rimettersi a letto con la febbre e con la polmonite.

Concludendo.

La profilassi individuale consisterà in specie: 1° nell'evitare gli affollamenti; 2° nell'evitare gli strapazzi ed i raffreddamenti; 3° nel curare la pulizia; 4° nel... dimostrarsi pusillanimi, usando dei riguardi verso se stessi e mettendosi in letto ai primi sentori sospetti.

La profilassi collettiva farà assegnamento in specie: 1° sulla buona igiene ed eventualmente sulla chiusura dei luoghi pubblici; 2° sulle disinfezioni, praticate in tutti i casi complicati e letali; 3° sulla propaganda; 4° sulle vaccinazioni anti-influenzali, che meritano di esser prese in seria considerazione.

L. VERNEY.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ipoplasia congenita del cuore e dell'aorta

pel dòtt. UMBERTO SARRI

Molto raramente accade di osservare all'autopsia casi di piccolezza congenita del cuore e del sistema arterioso, in individui, i quali in vita non avevano mai presentato segni manifesti di tale affezione. Non priva quindi di una qualche importanza anche per le considerazioni di ordine medico-legale a cui può dar luogo, mi sembra questa constatazione fatta in un militare, morto improvvisamente ed in condizioni di relativo benessere, mentre cioè attendeva alle proprie faccende usuali.

Ancor più interessante appare la subitaneità della sua scomparsa, qualora si pensi che le morti improvvise di origine cardiaca che si verificano in giovani, dipendono quasi tutte da lesioni luetiche del cuore e dell'aorta con stenosi gravissime ed obliterazioni degli orifizii delle arterie coronarie, a decorso latente. Qui sembra escludersi la sifilide, la quale del resto non avrebbe date lesioni speciali da giustificare questa ipotesi.

Ecco, pertanto, quanto si è potuto ricavare dall'interrogatorio dei compagni sui precedenti del soldato, e quale è stato il reperto necroscopico:

ANAMNESI. — D... V..., di anni 42, calzolaio, nato a Vietri (Salerno), domiciliato a Molina (Salerno).

Durante la permanenza sotto le armi ha sempre goduta buona salute. Solo negli ultimi tempi accusava dolori vaghi in varie parti del corpo, a cui però il defunto non dette gran peso. Il servizio militare gli riusciva assai faticoso e nelle marcie era costretto spesso a fermarsi, e talora egli era nell'impossibilità di proseguire. Per questa ragione, quantunque appartenesse ad un battaglione territoriale, fu esentato dai lavori di fatica ed adibito a quelli sedentari di piantone e d'inserviente.

Fu chiamato alle armi per la prima volta nel dicembre 1915. Nulla si è potuto sapere riguardo al suo gentilizio. Aveva moglie, senza figli. Non pare che vi siano stati aborti. Non bevitore, modico fumatore. Non è accertato che avesse mai contratte malattie veneree e sifilitiche.

REPERTO NECROSCOPICO. — Cadavere ben conservato. Nessun'alterazione cutanea speciale. Non presenza di macchie ipostatiche.

Cervello. — Le meningi sono normali. La pia si distacca facilmente dalla corteccia. L'esame delle singole sezioni del cervello e dei ventricoli risulta normale.

Cavità toraco-addominale. — Aperta la cavità addominale si nota del liquido endoperitoneale, in scarsa quantità, limpido. Il diaframma è in posizione normale. Il peritoneo è alquanto ispessito; l'omento ricopre l'intestino in gran parte. La cavità toracica contiene pure del liquido scarso e limpido. A sinistra ed in basso si hanno forti aderenze pleuriche. La pleura è pure ispessita.

Polmoni. — Sono rigidi e fortemente congesti; di un colore rosso-scuro; di consistenza un po' aumentata. Al taglio non si notano indurimenti in alcun punto; dalla superficie di sezione fuoriesce un liquido ematico-schiumoso. La permeabilità all'aria è conservata. Nei bronchi esiste un lieve catarro.

Cuore. — Il pericardio non presenta notevoli alterazioni. Estratto il cuore, questo si mostra molto rimpicciolito, circa la metà o meno del normale. Le vene coronarie sono dilatate e ripiene di sangue. Praticati i tagli, le pareti ventricolari risultano alquanto ingrossate, i muscoli papillari, validi. Gli ostii sono normali; le valvole arteriose, sufficienti. Il lume dell'aorta è ristretto e sulla sua parete interna si scorge qualche placca ateromasica. Le grosse vene sono normali.

Stomaco. — Dilatato e meteorico.

Intestino. — Pure meteorico.

Fegato. — Di grandezza pressochè normale; superficie liscia, consistenza aumentata; margini regolari. Alla sezione nulla di notevole. Il sistema biliare e portale non danno alterazioni importanti.

Reni. — Il rene destro è spostato in basso ed è situato in corrispondenza delle ultime vertebre lombari; è notevolmente diminuito di volume. Il rene sinistro è in posizione normale e di grandezza regolare. La capsula è ben enucleabile. Il parenchima è di un colore rosso-scuro; la sostanza corticale è un po' atrofica.

Pancreas. — Nulla di speciale.

Milza. — Di forma e volume regolare. Alla sezione risulta congesta.

Genitali. — Normali.

Diagnosi anatomo-patologica. — Ipoplasia del cuore e del sistema aortico. Congestione di quasi tutti gli organi. Atrofia e ptosi del rene destro. Pleurite adesiva sinistra.

L'insieme dei dati suesposti dimostra che il disturbo circolatorio domina il quadro anatomo-patologico e che ad esso vanno riportate tutte le alterazioni dei varii organi.

Questo disturbo si deve in parte alla stenosi dell'aorta, in parte alla debolezza del cuore, il quale non ha potuto far fronte al maggior lavoro impostogli dall'ostacolo arterioso, finchè gradualmente è venuto ad un certo punto ad esaurirsi.

Casi di angustia del sistema aortico e delle arterie maggiori si hanno nella clorosi e nell'anemia perniciosa. Secondo Virchow che ha descritto fra i primi questa malformazione, la stenosi dell'aorta è il fatto essenziale, mentre il cuore sarebbe normale oppure ipertrofico a causa appunto della stenosi. Egli inoltre ha fissato i rapporti fra clorosi aortica ed aplasia arteriosa, con la quale si accompagna un deficiente sviluppo di altre parti, e specialmente dei genitali. Individui siffatti raramente sorpassano la giovinezza e la morte soprav-

viene per complicazioni cardio-renali ed uremia conseguente. Huchard distingue, perciò, una fase clorotica (aspetto pallido, gracile, debolezza generale, ecc.); e una fase renale-cardiaca (palpitazione, dispnea, ecc.); e una fase uremica (vomito, convulsioni, ecc.) seguita rapidamente da morte.

Nel nostro caso non si sono verificate tali estreme conseguenze e l'esame necroscopico d'altro lato non ha rivelato, sotto questo punto di vista, lesioni corrispondenti a carico dei reni, se si eccettua una lieve iperemia passiva. Cosicchè la morte si deve riferire soltanto all'insufficienza primitiva del miocardio.

Inoltre anche le deformazioni a carico di altri organi, e che costituiscono l'abito fisico di questi malati, non si sono riscontrate. Il Kraus, a questo proposito, ammette due tipi clinici del cuore costituzionalmente debole. L'uno è a torace piuttosto breve con forte cifosi e scoliosi lombare, in cui il cuore a goccia, come dicono i radiologi, non è in rapporto tanto con un accorciamento dell'apparecchio sospensore, quanto con una vera ipoplasia dovuta ad arresto di sviluppo, il quale si stabilirebbe nella vita estrauterina, verso il decimo anno. A tali caratteri si aggiungono poi: il decorso obliquo delle coste con restringimento nel mezzo della gabbia toracica; creste dell'ileo ed arcate costali molto vicine; scapole sporgenti; apertura toracica superiore rimpicciolita; debolezza muscolare; sintomi endocrini nervosi e psichici. Corrisponderebbe insomma tale tipo a quello costituito da quegli esseri deficienti, candidati alle malattie costituzionali della prima combinazione del De Giovanni, con arterio-sclerosi in evoluzione e con torace ristretto e cuore piccolo.

L'altro tipo è dato da individui con cuore a goccia, ma con dimensioni e proporzioni del corpo regolari. In ambedue, analogamente a quanto avviene per l'enucoidismo e l'acromegalia, questa anomalia sarebbe in relazione con una disfunzione delle ghiandole a secrezione interna.

La diagnosi però nell'ultima contingenza assume una notevole difficoltà, perchè nè gl'incerti caratteri radiografici, non sempre facili a rilevare, nè tanto meno i comuni mezzi fisici della percussione, ci forniscono una base per una sicura differenziazione. Questi soggetti si presentano per lo più con i sintomi generici dell'impotenza funzionale cardiaca, cioè con quelli dell'iposfissia e dell'iposistolia (tendenza alla cianosi, polso piccolo e frequente, varici, congestione passiva del fegato, oliguria, dispnea da sforzo, astenia), i quali sono eguali per ogni incipiente cardiopatia. Ne consegue che essi molto spesso sfuggono anche ad un'indagine accurata e non è escluso il fatto che possano talora venire considerati quasi come dei normali.

Il problema del loro accertamento diagnostico acquista un alto valore pratico, in quanto si riconnette a quello della idoneità al servizio militare. Il regolamento sulle cause d'inabilità non fa menzione che dei vizii organici e tace su tutte le altre forme morbose del cuore. Ora è assodato, che, mentre si possono avere dei cuori viziati ma validi e capaci di sostenere qualsiasi sforzo, esistono particolari condizioni nelle quali un cuore (apparentemente sano) si trova insufficiente e addirittura incapace di compiere i più lievi lavori. È naturale, dunque, che non tanto alla presenza dei soffi bisogna badare nel giudicare della sua validità, quanto all'adattamento alle fatiche, che è proporzionale alla sua massa muscolare e tonicità. Il Mariani nel constatare come il vecchio metodo dell'ascoltazione non risponda più in pratica, ha consigliato ed insistito sulla necessità di adottare altri espedienti per lo studio della funzione, quali quelli della pressione arteriosa e dell'esame del polso. Ed infatti la grande importanza che in quest'ultimi tempi si è data alla valutazione della funzionalità del cuore, calcolato nella sua forza di riserva, ha rivelata l'esistenza di molte cardiopatie, dapprima ignorate.

Ma nello stabilire un giudizio o meno di abilità è necessario andare cauti per quanto riguarda la prognosi e specialmente l'adozione della cura. Non tutti i cuori sono suscettibili di riprendere il loro tono o di aumentare la propria forza di riserva indefinitamente. Vi devono essere dei criteri ben netti, per dichiarare quando un cuore originariamente debole, sia o possa divenire sufficiente, e quando sia refrattario ad ogni efficace miglioramento. In una parola non va esagerato in senso inverso e creduto che con un allenamento progressivo o con altri mezzi esso possa acquistare quello che non può possedere ed essere in grado di compiere sia pure lavori di secondaria importanza.

Zona di guerra, novembre 1918.

NOTE E CONTRIBUTI.

Il determinismo del movimento dell'igiene orale.

Dott. BENIAMINO DE VECCHIS.

Soltanto da pochi anni l'odontoiatria ha compreso nel novero dei suoi doveri l'educazione del pubblico per ciò che concerne l'importanza e la propaganda dell'igiene orale, di questa ultima nata dall'igiene generale, che garentisce l'organismo, per quanto sia possibile, da un gruppo abbastanza esteso di malattie infettive. « Il più glorioso sviluppo — scrive il Knoff, l'emerito professore di tisioterapia all'Università di New York — della scienza dentaria americana, è l'igiene orale, perchè igiene orale vuol dire prevenzione e preservazione specie in riguardo alla tubercolosi. Certo non più del 10 per cento del pubblico ha cura dei denti e delle gengive, e ciò per l'ignoranza dei gravi danni che le malattie dentarie, particolarmente la carie e la piorrea, arrecano alla salute ed alla economia dei popoli.

« La carie, che è un'affezione della giovine età, è diffusa in proporzione del 90 per cento, e la piorrea, che è comunemente una malattia dell'età adulta, in proporzione dell'80 per cento ». Bastano questi dati per dimostrare l'importanza e, starei per dire, la grandiosità che ha assunto, specie in America, il movimento dell'igiene orale.

Il Waller (*The Lancet*, Londra, 4 novembre 1916) riconduce parecchi casi di irregolari e manchevoli sviluppi di bambini alle malattie orali delle nutrici. I bambini non si soddisfano con l'allattamento, vomitano durante il nutrimento o poco dopo, e qualche volta anche durante il sonno. Spesso il vomito tende ad essere frequente, copioso, infrenabile, e in questi casi la madre o la nutrice è pallida e deperita.

Il piccolo intanto non cresce e presenta un colorito persistentemente cianotico delle estremità. Un accurato esame della nutrice rivela gli effetti metastatici della sepsi orale: reumatismo, ulcerazioni ricorrenti della retrobocca, dolore di testa, alito fetido, torcicollo, indigestione, mancanza d'appetito. La cavità orale in questi casi fa notare carie con gangrena polpare, saccocce piorroiche sottogengivali, denudamenti dei colletti dentarii. Il Waller insiste, e giustamente, sul miglioramento in primo tempo e sulla successiva guarigione che la cura delle malattie orali induce sia nei bambini che nelle nutrici stesse! La sepsi orale impedisce o, comunque, altera sempre le curve normali dell'accrescimento, così bene stabilite dal Burdin.

Studi più recenti hanno dimostrato che le tossiemie — tra queste anche le tossiemie di provenienza orale — disturbano profondamente la funzione delle glandole a secrezione interna, che presiedono all'accrescimento e alla consolidazione delle ossa e dei denti, in modo che il linfatismo, l'adenoidismo, il rachitismo, il palato ogivale od a V, oltre ai comuni fattori etiologici (sifilide, tubercolosi, pauperismo), possono riconoscere, come causa determinante, o almeno coadiuvante, i focolai settici della bocca.

Per meglio comprendere il movimento dell'igiene orale ci si permetta accennare brevemente alle complicanze del palato ogivale, tanto per stare nel nostro campo.

La ristrettezza delle arcate dentarie e del palato mena ad una delle più gravi e repellenti deformità facciali, alla disarmonia delle linee del volto, alla semiapertura della bocca, allo schiacciamento di una metà facciale contro l'altra, in modo che sul viso di questi poveri infermi appare, ed è, l'inespressione per eccellenza, l'inerzia del corpo e dell'anima, il vero stato della imbecillità. Ma non è tutto: la ristrettezza del palato induce una diminuzione del pavimento delle fosse nasali e della base del cranio, ciò che spiega la respirazione boccale non solo, ma anche il mancato sviluppo cerebrale. Nella respirazione boccale non solamente la lingua è portata abitualmente fuori delle labbra tanto da avere la scialorrea, ma la quantità d'aria inspirata è di due terzi minore del normale, e così ci spieghiamo l'atresia pulmonare di questi infermi, la oligoemia, la loro miseria anatomica e funzionale. L'apertura della bocca, la posizione della lingua al di fuori delle labbra abbassano il capo, incurvano le vertebre, ed ecco la cifosi dorsale. Ma il quadro non è ancora completo: data la ristrettezza delle arcate dentali ed il non combaciamento dei denti superiori con gli inferiori, la lingua, nella produzione dei suoni articolari, non potrà adattarsi bene contro la superficie interna dei denti, in modo che la voce chioccia e la balbuzie accompagnano costantemente il palato a V.

La cattiva costituzione dei denti, la mancanza della pulizia naturale fatta dalla lingua, la permanenza di detriti alimentari, favoriranno, con le numerose nidiate batteriche, la carie e la piorrea; queste due devastanti lesioni che sono le porte d'entrata, nel circolo e nell'organismo, di diverse e molteplici infezioni che comprendono, tanto per citarne alcune, l'artrite deformante, l'endocardite, la tubercolosi.

In questi ultimi tempi anche le scuole italiane hanno dimostrato ed illustrato vari casi di affezioni metastatiche da sepsi dentaria. In tre casi studiati dal Marchiafava e dal De Blasi, che riguardavano le endocarditi croniche, con forma verrucosa ed ulcerosa, si è assodato che le vie d'ingresso erano le angine tonsillari e le complicanze della carie dentale. In una giovine signora l'endocardite ebbe un decorso di sei mesi e terminò con la morte dopo sintomi di embolia cerebrale (Marchiafava).

A Londra nel 1914 lo Chapman pubblicò, nei «Procedimenti della Società Reale di medicina», un caso ugualmente mortale, consecutivo a suppurazione degli alveoli dentari.

La Marinucci, in un lavoro eseguito nella Clinica del Jemma, riferisce alla leptotrice boccale un caso di ascesso cerebrale di un bambino.

Le complicanze emboliche della sepsi orale sono numerosissime e la letteratura degli ultimi anni è tale da essere quasi impossibile tenervi dietro. In due precedenti miei lavori, «Le malattie della bocca come focolaio d'affezioni metastatiche» (*Riforma medica*, febbraio 1918) e «Le conoscenze attuali su l'artrite alveolo-dentaria» (*Policlinico*, aprile 1917), ho già esposto ampiamente le malattie secondarie che la sepsi orale induce nei vari sistemi ed apparecchi organici, e non reputo perciò opportuno diffondermi ancora su questo argomento. Certo, il progresso nelle ricerche delle cause morbigene e negli studi dentali è stato così intenso da giustificare il nome di epoca dentaria, dato in un editoriale del *The Boston Medical and Surgical Journal*, 29 novembre 1917, alla presente epoca della medicina.

Ricapitolando, l'enorme diffusione delle malattie dentali, il deficiente sviluppo osseo e dentario contro cui va l'umanità, le complicanze certe che le lesioni dentarie, aperte o chiuse, inducono nei tessuti, hanno impresso tale movimento all'igiene orale da farla assorgere alla più alta dignità e considerazione da parte dei medici e dei direttori di sanità civile e militare. È ormai tempo di valutare il significato patologico delle diverse condizioni orali, di arginare i lavori mal fatti di protesi dentaria, se si vogliono evitare dei futuri disastri, e di apprezzare nel suo giusto valore un assioma della moderna medicina preventiva americana: «Una completa pulizia della bocca è più razionale, come principio di cura, della stessa pulizia intestinale, se si vuol veramente raggiungere la così detta bonifica della vita umana, fin dalle sue sorgenti».

SUNTI E RASSEGNE.

I misfatti della Reazione del Wassermann.

(THIBIERGE. *Presse médicale*, 28 novembre 1918, n. 66, p. 609).

L'autore riconosce a bella prima che con questo titolo rischia di essere annoverato fra i detrattori della R. W., ciò che non è: egli vuole solo dimostrare che non bisogna chiederle più di quanto possa dare.

Anzi tutto la R. W. non è, come i profani ed anche molti medici credono, una reazione chimica, paragonabile a quella della riduzione del liquido del Fehling per la constatazione della glicosuria od a quella dell'arsenico per la prova di un avvelenamento arsenicale, ecc. La R. W. consiste invece nella ricerca delle proprietà di sostanze di composizione sconosciuta, esistenti a dosi ignote e sicuramente assai variabili, per mezzo di altre sostanze di natura egualmente ignota che si trovano nel reattivo in dosi sconosciute esse pure e mescolate nel reattivo stesso ad una quantità di sostanze non meno ignote, in proporzioni indipendenti da quelle che intervengono nella reazione.

Oltre l'antigeno contenuto nell'estratto di fegato eredo-sifilitico, altre sostanze (elaborate in questo stesso fegato od in un fegato normale od in altri tessuti del tutto diversi, come il cuore), per lo più di natura chimica ignota e certamente complessa, qualcuna di composizione semplice, come la colesterina, danno la stessa reazione o la rinforzano.

Da ciò sono nate alcune modificazioni alla R. W., il valore delle quali è tutt'altro che identico. Inoltre l'interpretazione dei risultati della reazione e la determinazione del punto ove incomincia l'emolisi sono soggette a variazione. Una data reazione perciò sarà positiva per un osservatore e negativa per l'altro.

Avviene così che il siero di uno stesso malato, esaminato lo stesso giorno in più laboratori, in uno dà reazione positiva, in un altro dà reazione negativa. Accade per giunta che l'errore, giacchè non si può a meno di pensare che vi sia un errore, si verifichi anche nello stesso laboratorio e nelle mani dello stesso osservatore.

Ciò che frattanto appare sicuro è che gli errori sono tanto più frequenti quanto più i metodi adoperati si allontanano dal metodo originale: così è che certi antigeni abbiano una sensibilità eccessiva e che l'addizione di colesterina a dei sieri sicuramente non sifilitici possa dare una proporzione considerevole di reazioni positive.

È certo pure che per ottenere dei risultati paragonabili fra di loro è necessario essere per così dire « trenati » alla pratica della R. W. e verificare l'antigeno con frequenti reazioni di controllo.

Per poter arrivare quindi a conclusioni sicure, il medico deve avere la certezza che la reazione sia stata praticata da un biologo veramente competente e non da un operatore improvvisato, che la voga della R. W. ha fatto spuntare da ogni parte, e a cui manchino o le conoscenze tecniche sufficienti o i mezzi materiali o la pratica di questa reazione.

Si può dire che quanto vale chi fa la reazione altrettanto vale la reazione stessa. E se la reazione non ha valore, quali conclusioni cliniche e terapeutiche può tirarne il medico?

Non occorre insistere molto sul fatto che, in ragione della complessità dei fenomeni che si verificano nella R. W., è facile cadere in errori che anche le persone più coscienziose e competenti non possono sempre evitare. Che dire poi di quei gabinetti in cui si elaborano delle relazioni di R. W... che non hanno potuto mai venir praticate e i cui risultati sono dettati da qualche proprietario di ambulatori privati per malattie veneree?

Per tutte queste ragioni il medico non deve tener conto se non delle reazioni fatte da persone di cui egli conosca la indiscussa competenza.

Ma ciò non basta. Per molti R. W. + = sifilide e R. W. — = assenza di sifilide, il che è ben lungi dal corrispondere alla verità. Vi sono infatti dei periodi della sifilide e dei casi di sifilide in cui la R. W. è negativa, mentre inversamente vi hanno dei casi in cui la reazione è positiva anche in assenza della sifilide (paludismo, ittero, alcune forme di tuberculidi, ecc.).

È noto che nei primi giorni dell'evoluzione dell'ulcera dura la Wassermann è negativa e solo nel corso della 7ª settimana diviene positiva nel 91 % dei casi.

Il medico che ignora questa nozione fondamentale conclude che un'ulcerazione la quale non si accompagni con una R. W. positiva non è di natura sifilitica, ed ognuno comprende le conseguenze funeste di questo grave errore. Nei primi giorni dunque la diagnosi di accidente iniziale della sifilide non deve basarsi sulla Wassermann, e nei varî casi in cui la diagnosi stessa non può venir fatta con i soli dati clinici bisogna ricorrere alla ricerca della spirochete.

Nei periodi successivi, e soprattutto nel periodo terziario, una reazione negativa può non far riconoscere delle lesioni sicuramente sifilitiche: in effetti è ammesso generalmente che la siero-reazione, anche eseguita con il più scrupoloso rigore di tecnica, è negativa nel 10 % dei sifilitici portatori di manifestazioni in piena attività. Il pericolo più grave peraltro consiste nel far ritenere per sifilitiche delle lesioni che non lo sono affatto.

A parte i casi di « tuberculidi » che si accompagnano frequentemente con Wassermann positiva, non bisogna dimenticare che la sifilide essendo assai diffusa e non essendo detto che i sifilitici debbano andare immuni da dermatosi o da affezioni viscerali concomitanti di altra natura, si può avere la R. W. positiva in soggetti colpiti da affezioni le più diverse. Un certo numero di medici ha preso l'abitudine di saggiare questa reazione ogni qual volta si trovino in presenza di una malattia sulla cui diagnosi non sono capaci di pronunziarsi e di attribuire la malattia stessa alla sifilide se la reazione è positiva. È così che gli specialisti vedono ogni giorno crescere il numero di casi di lupus, di psoriasi, di emiplegie di origine valvolare, ecc., che vengono sottoposti a cure mercuriali od arsenicali interne, mentre un esame clinico un po' più accurato ne avrebbe fatto escludere senz'altro la natura specifica.

Vi ha poi chi ha preso l'abitudine di cercare nella R. W., ed unicamente in essa, le indicazioni scientifiche, a loro modo di vedere, della cura della sifilide.

Dopo una cura intensiva a principio, costoro sospendono ogni trattamento fino a quando la siero-diagnosi, praticata ad intervalli regolari, non ridiventi positiva. Invece nei primi anni la cura dev'essere continuata a periodi regolari, tanto se la R. W. è positiva, quanto se è negativa. La siero-diagnosi cioè deve solo indicare se sia o pur no necessario di rafforzare il trattamento e non se si debba o meno riprenderlo. Il volersi basare soltanto sui risultati della R. W., lasciando da parte l'esperienza clinica, può far sì che si producano accidenti spesso gravi che avrebbero potuto essere evitati.

Nei periodi avanzati della malattia la siero-diagnosi ha maggiore importanza per trarne le indicazioni della cura ed una R. W. positiva impone la ripresa del trattamento: questo peraltro non significa che, allorquando essa è negativa, si debba sospendere ogni cura.

Per dare un solo esempio, nelle affezioni del sistema nervoso, in cui la R. W. del siero di sangue non di rado è negativa, si priverebbe il malato del beneficio della cura se si volesse tener conto di questo solo dato diagnostico.

Per certi individui impressionabili, a tendenza melanconica o semplicemente neurastenica, la R. W. è divenuta la causa di veri supplizi: specialmente per certuni che sono convinti di dover essere sifilitici e che, avendo sentito parlare di questo nuovo metodo d'indagine diagnostica, vanno a confidare al medico i loro dubbi e reclamano un'analisi del loro sangue. Questa categoria di soggetti è una preda sicura per gli sfruttatori di ogni sorta: vittime delle cure più costose ed irrazionali sono ben noti agl'industriali di certi gabinetti di consultazione. Se un malato di questo genere si presenta a qualcuno di tali gabinetti, ne uscirà di certo con una R. W. positiva: e quando consulterà più tardi un medico degno di tal nome, questi dovrà stentar molto a persuaderlo della verità.

Altri infermi sono vittime di medici coscienziosi ma imprudenti i quali constatando l'esistenza di qualche manifestazione comune alla sifilide e ad altre malattie infettive oppure di qualche stigmate più o meno sicura di lues ereditaria, fanno praticare la R. W. Questa, talvolta, ricercata con un metodo assai sensibile, dà un risultato leggermente positivo o soltanto sospetto, oppure si è verificato un errore d'interpretazione nella reazione, dichiarata positiva, ed ecco che il malato reclama un energico trattamento che, se viene eseguito anche a costo di accidenti tossici, rimane senza effetto sulle pretese manifestazioni sifilitiche.

Conviene quindi che, in presenza di una manifestazione tale da potere far pensare alla lues, il medico prima di ricorrere alla R. W. si assicuri anzi tutto del vero valore del sintoma osservato: così pure egli non deve attribuire eccessiva importanza a tutte le pretese stigmate della sifilide e della sifilide ereditaria, molte delle quali sono discutibili. Ed anche quando i sintomi riscontrati abbiano qualche valore, occorre dimandarsi se non si è dinnanzi ad un nevropatico, ad un individuo esaurito nel quale è da temere una impressione morale troppo viva. Spesso in questi malati già il solo interrogatorio dimostra un'ansietà, una curiosità assai forte che devono mettere in guardia il medico. Questi in tal caso dovrà essere molto circospetto nel suo interrogatorio e se non potrà fare a meno di ricorrere alla siero-diagnosi, avrà cura di precisare come questa vada interpretata e che essa non costituisce sempre, da sola, la prova assoluta dell'esistenza della sifilide.

Alcuni medici, in seguito ad una Wassermann negativa, permettono il matrimonio ad individui affetti da sifilide recente, con la naturale conseguenza dell'infezione della donna. La regola per permettere il matrimonio invece è sempre quella di attendere quattro anni (alcuni dicono sei) dall'accidente iniziale e almeno diciotto mesi dalle ultime manifestazioni. Se anche al di là di questo termine la R. W. è positiva, il matrimonio sarà differito sino a quando successivi cicli di cura l'abbiano trasformata in negativa. Al più si può autorizzare il matrimonio dopo tre anni dall'infezione quando si abbia la certezza che la cura iniziale fu realmente intensa (arseno-benzolo) e che le siero-reazioni ripetute più volte sono sempre rimaste negative.

In conclusione il medico non dovrà basarsi sulla R. W. che quando sia praticata da persone la cui competenza ed esperienza sia fuori discussione. Egli non dovrà, in ogni caso, considerarla che come un elemento diagnostico di cui è necessario volta per volta apprezzare il valore, sia in se stessa, sia in rapporto all'epoca in cui è praticata, sia infine in paragone con tutti gli altri sintomi osservati.

Come tutti i metodi di laboratorio la R. W. non può sostituirsi alla clinica e le deduzioni a cui essa ci autorizza devono essere messe in relazione con quelle che risultano dallo studio diretto del malato. Se vi ha discordanza fra l'una e le altre, il medico deve attentamente ricercarne le ragioni, e quando non le trova, il più delle volte i fatti successivi dimostrano come è all'osservazione clinica, precisa, attenta e guidata da una solida cultura medica che bisogna principalmente affidarsi.

V. MONTESANO.

L'insufficienza della valvola ileo-cecale.

(J. H. KELLOGG. *Medical Record*, 1918, vol. 92, n. 10).

Tutti i vertebrati, compresi i pesci ed i rettili, sono provvisti di valvola ileo-cecale in piena efficienza. La presenza di questa barriera valvolare tra il piccolo e grosso intestino è costante come lo sfintere pilorico tra lo stomaco ed il duodeno. La sola differenza che esiste fra le due strutture si è che mentre la funzione del piloro è perfettamente nota, il significato fisiologico della valvola ileo-cecale è rimasto lungo tempo oscuro e solo ora comincia a chiarirsi esattamente.

Il materiale contenuto nel colon, per effetto della pressione su esso esercitata dalla tonicità normale della parete del colon, dall'accumulo di materiale liquido, solido e gassoso, nonchè dalla contrazione del diaframma, dei muscoli addominali e della musculatura del colon stesso, tende a ritornare indietro nel te-

nue intestino. Da ciò la necessità di una valvola che impedisca questo reflusso.

Esiste inoltre un fattore ancora più potente che tende a spingere indietro il contenuto del colon ed è costituito dall'azione retroperistaltica della metà destra del colon, azione che ha lo scopo di far ristagnare il materiale il più che sia possibile nel cieco perchè più che sia possibile avvenga il riassorbimento dell'acqua. Questa azione è molto vigorosa e fu messa in evidenza da Cannon negli animali e da Case nell'uomo.

La valvola ileo-cecale adunque, che nelle condizioni normali costituisce una barrriera perfetta, assolve una funzione meccanica della maggiore importanza. Quando questa valvola è insufficiente una pressione anche leggera sul cieco disteso è capace di determinare un reflusso di gas e di liquidi nell'ileo.

E la incontinenza ileo-cecale è praticamente sempre accompagnata da stasi intestinale.

Il fatto può mettersi in rilievo mediante l'esame radiologico. L'associazione tra la insufficienza della valvola ileo-cecale e la stasi iliaca fu messa in evidenza da Case durante i suoi studi radiologici sul tubo intestinale. Ed il rapporto di causalità fu confermato dal fatto che la ricostituzione della valvola mediante un atto operativo produce la scomparsa della stasi. Naturalmente la insufficienza valvolare non è la sola causa della stasi iliaca, che, come è noto, può ripetere la sua origine da varie lesioni che determinano la ostruzione del lume intestinale. La forza propulsiva dell'intestino tenue è notevole ed è proporzionale alla grande capacità di assorbimento dell'intestino stesso, per modo che le sostanze alimentari permangono poco tempo a contatto delle sue pareti e sono spinte sempre avanti anche quando esista un restringimento che ne ostacoli il deflusso. Nel caso invece della insufficienza della valvola ileo-cecale il disturbo è proporzionalmente più grave, perchè mentre da una parte la forza di propulsione dell'intestino tenue non ha modo di estrinsecarsi in tutta la sua portata, c'è un rigurgito continuo di materiale e di un materiale ricco di tossine, quale è quello che si trova nel colon.

E bisogna tener conto che mentre il colon ha per questi veleni putrefattivi una capacità di assorbimento molto bassa, l'intestino tenue invece li assorbe rapidamente ed in grande quantità, d'onde i fenomeni tossici (cefalea, eruzioni cutanee, stasi depressive, ecc.) che accompagnano la stasi iliaca dovuta alla incontinenza ileo-cecale.

All'esame del piccolo intestino, in seguito ad atto operativo ed all'autopsia, in caso di insufficienza valvolare si trova che le pareti intestinali sono sottili ed atrofiche in conseguenza dei processi degenerativi tossi-infettivi, e che il lume intestinale è normale. Invece nella stasi dovuta ad ostruzione la parete è inspessita ed ipertrofica, mentre il lume intestinale è notevolmente allargato in conseguenza della forzata distensione.

D'altra parte secondo qualche autore le aderenze stenosanti dell'ileo terminale sono una conseguenza naturale della incontinenza ileocecale. La continua presenza di materiale infetto proveniente dal colon non solo determina un abbassamento dell'ultima porzione dell'ileo nella pelvi, ma produce anche una enterite che col tempo diventa perienterite, la quale a sua volta stabilisce aderenze con le superficie con le quali l'intestino trovasi a contatto. Lo stesso processo si verifica nell'appendice: le materie stagnanti nel cieco distendono l'appendice e producono una infezione con infiammazione ed aderenze. Quando c'è incontinenza ileo-cecale l'appendice si trova sempre malata.

La insufficienza della valvola ileo-cecale è determinata da una vera lesione organica, non è un fatto puramente funzionale. Al tavolo anatomico o al letto chirurgico basta la semplice ispezione ad accertare se c'è o no tale insufficienza. Quando la valvola è normale l'ileo nel punto di congiungimento col cieco appare ristretto e si nasconde nelle pieghe del colon, ed uno spesso strato di peritoneo copre a mo' di ponte il solco profondo esistente tra il cieco e l'ileo. Quando la valvola è insufficiente il reperto è differente. L'ileo nella parte terminale invece di restringersi è ampiamente disteso in forma di imbuto con la parte larga verso il colon, ed il solco ileo-cecale è scomparso. Il diametro dello sbocco dell'ileo nel colon è normalmente di 2 centimetri, nei casi di insufficienza può raggiungere circa 5 1/2 centimetri. Un altro segno è la presenza di grande quantità di gas nell'ileo e nel colon, gas che alla pressione sul cieco si sposta indifferentemente verso il colon e verso l'ileo.

Quando si fa l'operazione per riparare la incontinenza ileo-cecale bisogna tener presente che tale disturbo oltre ad essere causa di tossiemia intestinale, di stipsi e di infezione ascendente del piccolo intestino può determinare anche aderenze stenosanti in altre parti del tubo digerente e specialmente del colon.

La insufficienza della valvola ileo-cecale può essere provocata da un'eccessiva distensione del cieco, da ulcerazioni sifilitiche e tubercolari, da spostamento dei rapporti ileo-colici in seguito ad aderenze dell'ileo terminale all'appendice o anche ad aderenze stabilitesi dopo una appendicectomia.

Le diverse cause che determinano la insufficienza devono essere rimosse con adeguati interventi, come devono essere rimosse tutte quelle formazioni (aderenze, stenosi) che sono l'effetto della incontinenza, senza di che ogni trattamento riesce semplicemente palliativo.

G. DRAGOTTI.

I vantaggi delle iniezioni intramuscolari dei sali solubili di cinconina nelle infezioni malariche gravi.

(L. ROGERS. *The Brit. Med. Journ.*, 26 ottobre 1918).

L'A. ha già sostenuto che in molti casi gravi di malaria si può, *sostituendo alla via orale la via intravenosa*, evitare il pericolo di un esito fatale: da tempo egli ha propugnato l'uso dei sali di chinina e di cinconina per via intravenosa, e in un ultimo lavoro del settembre 1917, nel *British Med. Journ.*, ha indicato come il meno tossico l'idrobromato acido. Ma deve riconoscere quanto poco sia in uso presso i medici, che esercitano la medicina nei paesi di malaria grave, la tecnica delle iniezioni intravenose e quale pericolo sia legato ad esse, quando non si dosi opportunamente il rimedio.

Recentemente l'A. ha fatto numerosi tentativi sui *sali solubili di cinconina nella malaria*, usati per via intravenosa, intramuscolare e sottocutanea: egli ha trovato che l'idroclorato e l'idrobromato acido di cinconina sono indolori per iniezione intramuscolare e sottocutanee, che si assorbono rapidamente, come risulta dai sintomi di cinconismo, che seguono a forti dosi, e dalla eliminazione urinaria. L'A. s'è domandato se i sali di cinconina non potevano sostituirsi a quelli di chinina ed ha istituito una serie di esperienze per sorvegliare l'assorbimento del rimedio, sia quantitativamente, sia nella sua rapidità.

Esperienze. — Allo scopo 0.20 gr. dei sali di chinina e di cinconina sono stati iniettati rispettivamente ad una serie di conigli presso che di eguale peso. Furono adoperate tre paia di animali, che, cloroformizzati, furono uccisi i primi due dopo 12, la seconda coppia dopo 24, e la terza dopo 72 ore.

Il chinino era ricercato nel muscolo sede dell'iniezione, per assodare la quantità di alcaloide non riassorbito, e negli organi, specialmente nel cervello, nel fegato, nei reni, nella milza e capsule surrenali, per conoscere la quantità assorbita e presente nei tessuti in differenti periodi di tempo dopo l'inoculazione.

Dalla tabella riassuntiva dei resultati delle esperienze chiaramente risulta che il bicloridrato di cinconina, rispetto al corrispondente sale di chinina, più rapidamente e completamente si riassorbe e precisamente: nelle prime 12 ore la chinina non riassorbita rappresenta il doppio della cinconina non riassorbita, dopo 24 ore e dopo 72 ore la differenza è anche più spiccata. Proporzionatamente una quantità più che doppia di cinconina è riassorbita rispetto alla chinina e si ritrova nell'esame degli organi.

E il controllo clinico sugli animali è in perfetto accordo con i resultati delle ricerche chimiche; poichè gli animali, inoculati con la chinina, non presentano una sindrome morbosa ben definita d'avvelenamento, mentre quelli inoculati con la cinconina sono presi dopo mezz'ora o un'ora da violenti convulsioni, le quali sono l'indice del rapido e massimo riassorbimento.

Clinica. — Clinicamente l'idrobromato acido è stato principalmente usato per via intravenosa, mentre l'idroclorato di cinconina per via intramuscolare e sottocutanea.

I resultati più importanti sono stati: la rapida caduta della febbre, la rapida scomparsa dei parassiti, l'allontanamento delle recidive. La scomparsa dei parassiti e della febbre si aveva per mezzo dei sali di cinconina in tutte e tre le forme di malaria. Non v'è una differenza apprezzabile sugli effetti ottenuti con le tre vie di introduzione del rimedio.

Gli effetti utili rispetto alla scomparsa dei parassiti e della febbre furono immediati nella terzana benigna e nella quartana (24-48 ore), un po' più tardivi talora nella terzana estiva (24-72 ore).

Sebbene l'A. non abbia dati sufficienti circa le recidive, dopo l'uso della cinconina, tuttavia egli ricorda che mentre alcuni casi rimasero liberi da recidive anche fino a 24 giorni, altri ebbero delle recidive tra il 6° e il 33° giorno.

La conclusione generale è che *il bicloridrato di cinconina si riassorbe rapidamente, sì da potere essere la sua azione per via intramuscolare equiparata a quella dei sali di chinina per via endovenosa.* In casi di malaria grave o perniciosa, od in quelli che vomitano il chinino somministrato per bocca, l'A. consiglia l'iniezione intramuscolare di 45-65 cgr., e in uomini adulti fino a 90 cgr. di bicloridrato di cinconina (o in casi meno gravi l'idrobromato che è meno tossico) durante i primi giorni di un accesso malarico; deve poi seguire la somministrazione per un lungo periodo di chinina per bocca, allo scopo di evitare le recidive.

T. PONTANO.

Lo stato presente della chirurgia delle vie biliari.

(A. JEAN-BEVAN. *Surgery, Ginecology and Obstetrics*, luglio 1918).

Il Bevan rifà brevemente la storia della chirurgia delle vie biliari, e ricorda che la prima colecistectomia venne eseguita nel 1880 da Langenbuch e la prima coledocotomia nel 1885 da Curvoisier; e come indice del progresso compiuto paragona le statistiche odierne che danno una mortalità dal 3 al 5 % con quelle pubblicate nel 1884 da Keen e Ausser che avevano una mortalità del 30 %.

Le affezioni delle vie biliari che richiedono un trattamento chirurgico sono: i calcoli, le infezioni acute e croniche, i neoplasmi, in special modo i carcinomi, e le affezioni del pancreas e delle altre formazioni contigue che possono disturbare sia per infiltrazione, sia per compressione, il normale funzionamento delle vie biliari.

Il Bevan ritiene che l'elemento principale per giungere a una diagnosi esatta di una di queste affezioni, sia uno studio accurato della storia del malato in esame. Ciò fatto bisogna cercare di eliminare tutte quelle condizioni patologiche che simulano lesioni delle vie biliari.

Come terzo elemento in ordine di importanza egli pone l'esame del malato, quindi le prove di laboratorio e i reperti ottenuti coi raggi. Per giustificare il suo scetticismo su quest'ultimo mezzo di esame l'A. afferma che soltanto in una piccola percentuale di casi è possibile vedere dei calcoli coi raggi X.

Bisogna anche fare un certo assegnamento, specialmente nei casi dubbi, sul calcolo delle probabilità, e cioè: la stessa sintomatologia deve far pensare in un giovane di 15 anni a una appendicite, con una appendice in posizione alta, in una pluripara di 35 a una calcolosi biliare od a una colangite, in un uomo di 55 anni a un carcinoma. Questo criterio diagnostico è di grande utilità pratica specialmente per la diagnosi differenziale fra una affezione delle vie biliari e un'ulcera gastrica o duodenale.

Il Bevan nella sua lunga esperienza ha avuto occasione di convincersi della giustezza della legge di Curvoisier (che cioè: « Nell'ittero dovuto a calcoli del coledoco la cistifellea è contratta nell'80 % dei casi mentre quando l'ittero è dovuto a un carcinoma della testa del pancreas la cistifellea si rinviene ripiena e quindi dilatata), e di osservare che nei casi di calcoli delle vie biliari l'ittero e la presenza dei pigmenti biliari nelle orine è intermittente mentre è continua e persistente nel carcinoma.

Se necessita un atto operativo è preferibile intervenire a freddo e quando l'ittero è scomparso essendo questo un fattore che concorre a diminuire la resistenza organica e che favorisce le emorragie. Nei casi però nei quali vi sia possibilità di gangrena e di perforazione della cistifellea è ovvio che bisogna intervenire subito e in qualunque modo. L'A. crede che con uno studio accurato del malato si possa arrivare a una diagnosi esatta nell'80 % dei casi.

Il Bevan constata che negli ultimi anni è prevalso il concetto di eseguire sempre ove sia possibile delle colecistectomie in casi di calcoli della cistifellea o del dotto cistico; in questo intervento egli consiglia per evitare di ledere il dotto epatico o il coledoco di mettere bene in luce il campo operatorio e di dissecare accuratamente e completamente il dotto cistico prima di pinzettarlo e legarlo.

Non si ritiene più necessario intervenire nelle colecistiti croniche e subacute, alle quali non corrispondono gravi alterazioni anatomopatologiche, quando sia pervio il dotto cistico. Si è visto che il drenaggio per le vie naturali basta e risponde meglio che un drenaggio esterno. Si è imparato negli ultimi anni a eseguire le coledocotomie per via transduodenale, operazione questa più soddisfacente che l'ordinaria coledocotomia con drenaggio esterno.

Le altre condizioni che possono richiedere un intervento chirurgico sono: i carcinomi della testa del pancreas, e quelli dello stomaco, i quali possono presentarsi con una sintomatologia che simula una calcolosi biliare, e inoltre le pancreatiti croniche che sovente è difficile differenziare macroscopicamente dal carcinoma.

In questi casi dubbi il Bevan sconsiglia di prelevare dei pezzi per un esame microscopico dato il pericolo di determinare una steatonecrosi o una emorragia fatale. In questi casi si può eseguire una colecistenterostomia o una coledocotomia.

In quanto alla sifilide del fegato si riconosce facilmente sia clinicamente sia durante un intervento.

A proposito della tecnica operatoria l'A. insiste ancora una volta sulla necessità di mettere bene in luce le formazioni sulle quali si interviene e descrive come molto conveniente una incisione a S da lui ideata. Questa incisione comincia in alto fra l'apofisi xifoide e l'8ª costa, segue parallelamente per circa cm. 1½ l'arcata costale fino alla metà del muscolo retto di destra, scende lungo il retto sulla sua linea mediana, fin quasi all'ombelico, e quindi piega in fuori per 5 o 6 cm. Il

muscolo retto viene diviso per metà, poichè almeno metà di esso deve essere lasciato nella parte esterna per non ledere i rami nervosi che l'innervano. Questa incisione eseguita sul lato sinistro serve molto bene per eseguire una splenectomia. Dott. MANFREDO ASCOLI.

DIVAGAZIONI.

La diagnosi della simulazione di malattia secondo Galeno.

Il Cardini — di cui si ricorda con plauso una bella traduzione degli aforismi ippocratici — ci offre una elegante e fedele versione di un passo galenico che può dirsi di dolorosa attualità (*Il Cesalpino*, 1918, n. 2); molti medici militari troveranno qui le direttive dell'indagine, in questi casi, linee di condotta che anche oggi molti trascurano.

Ecco il testo di Galeno:

« Per molte ragioni gli uomini fingono di essere ammalati. È dunque opportuno che il medico sappia scoprire la verità in tutti i casi di tal fatta; e a lui stimano gli ignari che sia possibile il distinguere quelli che simulano da quelli che dicono il vero.

Ed infatti il flemmone e le infiammazioni cutanee dovute all'erisipela o ad esse simiglianti, e gli edemi prodotti da medicamenti esterni possono i medici distinguerli da quelle forme morbose prodotte da malattia. Così è lecito distinguere anche lo sputo sanguigno proveniente dalle parti vicine alla bocca da quello originante da qualche parte degli organi respiratori. E invero furono scoperti alcuni che tossivano volontariamente sputando sangue alla fine della tosse, chè in essi si apriva una venuzza a lor volontà in qualche parte delle gengive, e succhiando con la lingua e tossendo potevano sputare manifestamente del sangue, come se questo provenisse dalle parti più basse. Alcuni poi fingevano di delirare e di essere stolti, o cercavano di fare stolti gli altri.

Ora tutte queste cose stimano gli ignari essere conveniente per i medici il discoprire e il distinguere le une dalle altre. Fra di esse è il dolore così forte da non potersi sopportare.

Io conobbi un individuo, che, chiamato all'adunanza del popolo, fingeva un dolore colico per non comparire in pubblico, stimando egli che ciò potesse giovargli. Supposi allora che quell'uomo mentisse: e più tardi egli stesso ebbe a confessare la verità. Gli ordinai infatti che facesse delle applicazioni calde. Se non che egli non pregava instantemente che si soccorresse, pure essendosi mostrato per l'innanzi paurosissimo in cose della minima importanza.

Pochi giorni avanti aveva constatato che avendo dolori al ventre e bevendo un farmaco filoneo, era guarito: il quale farmaco mi avrebbe certamente chiesto se davvero fosse stato sofferente. Di che dette anche la prova, ciò che avvenne più tardi: terminata l'adunanza egli cessò di gridare, come quei che non provava ormai alcun dolore. E d'altra parte la precedente maniera di vivere era tale da non potere, con quella, sorgere uno stato colico; tali malattie nascono generalmente da indigestione o da perfrigerazioni: mentre a quel suo stato morboso non aveva preceduto nulla di simile.

Il conoscere dunque che tali accidenti morbosi non sono proprî di una precedente speciale maniera di vivere, è frutto dell'esperienza medica: l'avere supposto ch'egli abbia così simulato per causa dell'adunanza è supposizione originata non dall'arte medica, ma dal senso comune. Il quale è ovvio per alcuni essere proprio di tutti gli uomini, ma pochi invece hanno perfetto, così da poter in ciascuna cosa discernere quel che si ha da fare e quel che si ha da dire. È perciò da ricordarsi delle cose sopra dette, che cioè l'esperienza con l'aiuto del senso comune scuopre quelli che simulano malattie.

Un tale affermava di provare un fortissimo dolore ad un ginocchio; ed era costui un servo, di quei che corrono per le strade presso al padrone. Ed io scoprii la finzione del dolore traendo la supposizione dal fatto che il padrone partiva in quel giorno e prendendo argomento dal carattere del giovine. Egli era infatti facile a simulare; inoltre, avendo io domandato ad uno dei compagni suoi, se avesse relazione con qualche femminetta — nel qual caso era verosimile che, preparandosi il padrone ad un lungo viaggio, costui desiderasse di non allontanarsi — seppi che la cosa stava proprio in questo modo.

Egli offriva inoltre questi fatti ad un esame della parte ammalata: in corrispondenza del ginocchio era una intensissima tumefazione, capace di trarre in inganno l'ignaro, ma che al perito appariva come prodotta dalla *tapsia*.

Pertinente alla esperienza medica era il non aver preceduto in lui nulla che possa dare subitamente una tumefazione. Nè infatti aveva corso più del giusto, nè era stato colpito da alcuno; nè si era prodotto del male facendo un salto o balzando al di là di qualche fosso; nè v'era in lui alcun segno di pletora, non avendo in antecedenza tenuto un modo di vivere ozioso o ridondante; inoltre a noi, che domandammo qual fosse la specie del dolore, non rispondeva nè sinceramente, nè opportunamente, nè logicamente.

E perciò, avendo io, dopo partito il padrone,

applicato un farmaco non avente alcun potere anodino, e, invece, capace di raffreddare la proprietà della tapsia, dopo un'ora ottenni ch'ei confessasse di essere libero dal dolore. Il qual dolore, se fosse davvero provenuto dall'infiammazione, non solo non sarebbe cessato con un medicamento perfrigerante, ma si sarebbe fatto più veemente.

È dunque manifesto come l'esperienza medica, unita con i dati offerti dal raziocinio, è sufficiente alla diagnosi del dolore intenso.

Può in vero alcuno porre anche lo stato di benessere come segno che il malato non dolora fortemente. Infatti accade pure spesso — a ciò non ponendo mente quei che fingono di provare un forte dolore — che non manifestano coerenza o costanza in quella data forma di dolore: inoltre, se dolorino fortemente, sono pronti a sopportare ogni soccorso terapeutico e per primi domandano ai medici di fare quello che vogliano per la cura del male. Quelli che invece solo moderatamente o null'affatto soffrano, sfuggono tutto ciò ch'è soccorso medico, non sopportando le lunghe astinenze dal vitto nè l'applicazione di farmaci veementi e molesti: i quali farmaci è necessario che noi diciamo loro che guariranno tali stati morbosi. E tra questi presidî si annoverano i tagli e le causticazioni e l'astinenza da ogni cibo e bevanda: nel che noi vediamo com'essi si lascino vincere.

Quanto a quelli i quali simulano di dolorare fortemente, si cercherà di verificare la intensità del dolore anche dai segni offerti dall'esperienza medica: fra' quali è l'aspetto di sofferenza, ed il raffreddamento delle estremità, ed il diventar pallido, e talora il sudare profusamente, e l'avere i polsi non solo irregolari — come accade pure a quei che soffrono modicamente — ma ancor più l'averli piccoli piuttosto che grandi, deboli piuttosto che forti; inoltre — quando si interroghino i veri ammalati sulla specie delle sofferenze — il rispondere che hanno la specie di dolore propria della parte sofferente. Alcune specie infatti hanno i dolori per lungo tratto diffusi, alcune come appiccati ed a quella sola parte aderenti; alcune sono pulsanti e pungenti; altre paiono lacerare; altre sembrano stupefacenti e gravative; altre portano vomiti; altre perturbamenti del ventre; altre un senso di oscuramento della vista ».

Le parole del Pergameno non hanno bisogno di commenti: richiamiamo soltanto sul tratto, veramente mirabile, in cui con i mezzi allora in uso si tenta una obiettivazione del dolore, chè per i tempi è meravigliosa e finissima.

Ad onta dei numerosi studi che oggi noi possediamo sul sintoma dolore — di Bevilacqua, di Borri, di Brissaud, di Campanella, di Guyon, di Murri, di Villani ed altri, — ad onta che si sia cercato di dargli consistenza semeiotica (*sintoma di Mannkopff e Rumpf, impronte vascolari del dolore fisico di Colucci*), nella pratica sovente dobbiamo appagarci dei criteri galenici. G. BILANCIONI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

La cefalea reumatica o indurativa.

In Scandinavia una trentina di anni fa si manifestarono numerosi casi di cefalea accompagnata da una particolare sensibilità alla pressione della regione occipitale e suboccipitale. Si constatò che la cefalea scompariva con il massaggio di queste regioni, e che in corrispondenza delle parti stesse sotto la cute esistevano noduli, strie o strati di infiltrazione più o meno diffusi. Per tal fatto come per la circostanza che il dolore di capo sopravveniva in seguito a cause reumatizzanti ed in soggetti a diatesi artritica la cefalea fu detta reumatica o indurativa.

L'affezione fu successivamente studiata in Germania, in Francia e negli Stati Uniti. Ora lo studio ne è stato ripreso da H. T. Patrick il quale nel *Journal American Medicin Association*, 1918, vol. 71, n. 2, fa della cefalea reumatica un'ampia descrizione.

La cefalea reumatica o indurativa può essere acuta, ma il più delle volte è subacuta o cronica e può durare per settimane, mesi ed anche per anni. Prevale nelle donne e per lo più in individui con età superiore a 40 anni. A differenza delle altre forme di cefalea, caratterizzate da un senso di molestia, di peso, di tensione, si tratta di un vero dolore. È un dolore intenso, grave, costante che nelle forme subacute o croniche può avere remissioni ed esacerbazioni. Non ha mai carattere accessionale. Non è mai accompagnato da nausea e vomito. Varia di intensità nelle diverse ore del giorno: di solito si accentua nel pomeriggio ed alla sera.

Ha molta importanza la localizzazione del dolore. Non è nè frontale, nè occipitale, raramente temporale: il dolore ha la sua sede di massima intensità nella regione occipitale e sottooccipitale e di qui si irradia al vertice, alla fronte, alle tempie o a tutto il capo. Per lo più il paziente localizza il dolore alla nuca. Parrebbe in qualche caso si tratti di una manifestazione dolorosa di un processo articolare delle vertebre cervicali, ma in verità in tali casi si tratta di un dolore semplicemente ri-

ferito a tali parti o di una irritazione dei nervi occipitali. Il dolore talvolta si accentua con la pressione sulla nuca. Non raramente si irradia anche alle spalle ed al dorso.

Un altro fatto di notevole importanza diagnostica è la esacerbazione del dolore alla pressione. Non si tratta di una iperestesia come nella emicrania o di una sensibilità speciale alla percussione come in altre forme di cefalea, ma di una speciale dolenzia di certe determinate parti dell'involucro del cranio. Le parti più dolenti alla pressione sono situate per lo più alla parte bassa dell'occipite e nella parte alta della nuca: le inserzioni muscolari dell'occipite e delle prime vertebre cervicali, l'aponeurosi occipitale del muscolo occipito-frontale. Spesso sono dolenti anche il trapezio e lo sterno-cleido-mastoideo e non raramente i muscoli temporali e parietali.

Come si è detto, quando fu identificata questa forma di cefalea si trovarono zone o noduli di infiltrazione, fatto che fu confermato nei successivi studi. Ma l'autore non ritiene questo un reperto costante e quindi non utilizzabile per la diagnosi.

Poichè si tratta di una forma evidentemente reumatica non è difficile trovare nei pazienti altri sintomi del così detto reumatismo. La cefalea reumatica è infatti accompagnata da lesioni articolari, muscolari o tendinee del collo, ed anche, benchè più raramente, del dorso e delle spalle.

Come tutti i disturbi reumatici, la cefalea indurativa peggiora con la esposizione al freddo, all'umido, e con i cambiamenti atmosferici. Le applicazioni fredde l'aggravano, mentre quelle calde l'alleviano. Gli incurvamenti della persona, gli sforzi, i colpi di tosse ed in genere ogni movimento, in grado minore però gli scuotimenti e gli urti, l'aggravano. Qualche volta anche il lavoro mentale la esacerba. Fatto importante, la cefalea reumatica è accompagnata da leucocitosi e spesso da febbre.

La cura della cefalea reumatica consiste nel riposo, applicazioni calde, massaggio, preparati salicilici e nei casi persistenti è necessario ricorrere al termocauterio. La prognosi è buona, molto migliore di quella dell'artrite cronica. *dr.*

Iperacidità gastrica ed " angina pectoris. "

Illoway (*New York Medical Journal*, 1918, n. 21) ha potuto osservare che negli individui sofferenti di *angina pectoris* esiste sempre iperacidità della secrezione gastrica. Nei sette casi riferiti in questo articolo la relazione tra il disturbo secretorio dello stomaco e l'accidente cadio-vascolare è molto evidente. L'A. attribuisce all'ipercloridria un'azione preponderante nella genesi dei fenomeni spasmodici che costituiscono l'*angina pectoris*. Come la ipercloridria può dar luogo a spasmo del piloro, spasmo dello stomaco, ecc., così provoca l'*angina pectoris* che è uno spasmo o crampo del muscolo cardiaco eccitato dal succo gastrico iperacido per la via dei filamenti del vago. Dato questo concetto della causa dello spasmo cardiaco si comprende come possa sopraggiungere in ogni forma di malattia del cuore e dell'aorta, come pure quando il sistema circolatorio sia apparentemente del tutto normale. La stessa ipotesi dà ragione della esistenza dei disturbi gastrici durante gli accessi di *angina* e spiega pure come in un ipercloridrico siano possibili fatti gastrici talvolta isolati, talvolta associati a disturbi anginosi. Così restano pure spiegati i buoni effetti dell'uso di forti dosi di bicarbonato di soda e dell'estratto di belladonna nella cura dell'*angina pectoris* e si spiegano le morti improvvise dei sofferenti di *angina* dopo un pasto abbondante accompagnato da eccessive libazioni, che sogliono provocare una improvvisa e non scarsa secrezione di succo gastrico straordinariamente acido. Secondo l'A. quindi la cura dell'*angina pectoris* consiste in una dieta speciale e nell'uso di alcalini e belladonna. *a. a.*

La lomboartrite.

I malati di reumatismo vertebrale cronico sono per lo più soggetti anziani, fra i 40 e i 60 anni, già affetti da altre localizzazioni articolari. Essi entrano all'ospedale con fenomeni di sciatica, e si lamentano di dolori parossistici ai lombi, alle natiche, agli arti. Non stanno quasi mai ritti, ma curvati in avanti col dorso, e piegati sulle cosce. Notevole il fatto che quando vi è dolore sciatico, questi infermi sono incurvati dallo stesso lato del dolore. La lordosi lombare fisiologica è scomparsa e spesso è sostituita da una cifosi, che fa sporgere le vertebre lombari, cui si associa sovente la 12ª dorsale.

La regione lombare apparisce pastosa alla palpazione.

Radiograficamente si constata la presenza di un reumatismo articolare cronico, con tendenza alla decalcificazione delle vertebre ed una neo-ossificazione delle loro apofisi spinose. Donde un quadro radiologico caratteristico.

La lomboartrite per effetto della guerra è divenuta (secondo la *Riv. crit. di Clinica medica*, marzo 1918) meno rara, essendo da considerarsi come una localizzazione sul dorso della umidità e della fatica.

Come cura si sono adoperati finora il riposo e il salicilato di soda. SABATINI.

Idronefrosi e dolori addominali.

Sergeant Price Martin (*New York Medical Journal*, n. 8, 1918) osserva che i dolori provocati dall'idronefrosi possono causare errori di diagnosi molto gravi e spesso fatali. La dilatazione della pelvi renale con accumulo di urina nel suo interno può essere determinata da ostruzione meccanica, da infezioni, da un tumore. I casi di più difficile diagnosi sono quelli dovuti ad ostruzione meccanica. La occlusione meccanica persistente dell'uretere provoca la dilatazione di questo canale al disopra dell'ostacolo e della pelvi renale in grado variabile a seconda della durata e della estensione dell'impedimento. Tale dilatazione è accompagnata da dolore che varia da una leggera molestia profonda, oscura, ad un dolore forte, acuto come di una coltellata che dalla regione lombare o dall'epigastrio s'irradia passando per la parte inferiore del ventre fino ai genitali. L'analisi dell'urina è negativa e così l'esame radiologico. Per modo che si esclude una lesione del rene, e se il dolore è a destra facilmente si diagnostica appendicite, si asporta l'appendice e persistendo i dolori si asporta la cistifellea, e più tardi, se si tratta di una donna, anche l'ovaia. Malgrado ciò i disturbi non cessano, ed allora si pensa a nevrastenia, lombaggine, ptosi viscerale, dispepsia, ecc., mentre la causa vera del male rimane ignorata. In casi del genere è quindi indispensabile un esame urologico completo. Quando l'esame della urina e radiologico risultino negativi si ricorre alla cistoscopia ed al cateterismo degli ureteri. Nell'idronefrosi generalmente il catetere incontra un ostacolo nella parte più alta dell'uretere e se questo si oltrepassa esce fuori un getto abbondante di orina. Anche col metodo della distensione si riesce a dimostrare l'esistenza di una dilatazione della pelvi renale: si inietta attraverso l'uretere una certa quantità di liquido sterile, e quando se ne può iniettare 30-40 grammi senza che refluisca intorno al catetere e provochi dolore, vuol dire che la pelvi renale è dilatata. *a. a.*

L'herpes zoster sintomatico.

Boas (*Journal of nervous and mental diseases*, 1917) rileva che oltre l'*herpes zoster* essenziale, malattia che sembra determinata da un agente infettivo specifico, se ne hanno altre forme che costituiscono un fenomeno sintomatico di varie affezioni. Vi sono dei casi nei quali l'eruzione cutanea sembra una manifestazione riflessa della lesione di un viscere ed altri nei quali l'erpete sembra dovuto alla diffusione ad un ganglio del processo morboso che si svolge nelle vicinanze. Così l'*herpes* dei tabetici, il quale si produce nella regione dei dolori folgoranti ed ha tendenza a recidivare. Così nella mielite le vescicole compaiono di preferenza al limite superiore della zona di anestesia. Nella mielite trasversa per frattura della colonna vertebrale Head ha visto l'*herpes* comparire nel territorio cutaneo corrispondente al segmento leso. Così si è constatata la stessa eruzione zosteriforme nella zona cutanea corrispondente ai gangli invasi da linfosarcoma, nel morbo di Pott, nella meningite cerebro-spinale. In un caso di *herpes* del quarto segmento toracico si è trovato un piccolo ascesso metastatico del quarto ganglio dorsale. L'A. a sua volta ha avuto occasione di osservare due casi di zoster sintomatico. Nel primo l'eruzione si manifestò in seguito alla iniezione epidurale praticata allo scopo di curare una sciatica. Dopo la iniezione di 50 cmc. di siero fisiologico l'infermo accusò violenti dolori in corrispondenza della puntura e nell'area sinistra nel territorio del terzo e quarto sacrale. Al quinto giorno comparve l'*herpes* con attenuazione del dolore e ipostesia ed ipoalgesia nella parte corrispondente. Non si manifestò mai febbre, nè si ebbero recidive in occasione di altre iniezioni epidurali. Evidentemente i gangli o i nervi sacrali erano stati lesi sia per effetto di un'azione traumatica da parte dell'ago, sia per effetto dell'aumento di pressione determinato dalla introduzione improvvisa di liquido in una cavità di piccole dimensioni. Nel secondo caso si trattava di tumore del midollo con paraplegia spastica ed incontinenza, nonchè perdita della sensibilità al disotto della quarta vertebra dorsale. A questo livello c'era una zona d'ipostesia che durò qualche settimana fino a quando si manifestò all'emitorace sinistro un'eruzione zosteriforme nel territorio del terzo, quarto e quinto dorsale. Dopo qualche tempo si praticò l'operazione e si constatò la presenza di un neoplasma extradurale che si estendeva dalla 2ª alla 4ª vertebra dorsale e che aveva invasi i tre gangli corrispondenti del lato sinistro. *a. a.*

Prurigine epidemica.

I dottori Fal e Pineda hanno descritto, nella Spagna (*Andalusia Médica*, giugno 1918), una malattia pruriginosa epidemica che, secondo Sampietro (*Annali d'Igiene*, novembre 1918), può identificarsi con certe forme osservate in Italia, denotate volgarmente come « rogna

americana »: dermatite che risulta di piccole bolle, prima papulose e poi pustolose, diffuse a buona parte del corpo e specialmente al viso ed alle mani e che determinano prurito; la malattia è talora accompagnata da febbre; ha evoluzione benigna; è contagiosa. Si tratterebbe, a quanto pare, di una nuova entità nosologica. R. B.

TERAPIA.

La cura dell'angina pectoris.

Fletcher Jugals (*Journal American Medical Association*, 1918, 6 aprile) riferisce il risultato delle sue osservazioni cliniche su sessanta casi di *angina pectoris* di cui trentadue erano vere angine e ventotto pseudoangine. L'autore ritiene che il dolore non è precisamente localizzato al cuore ed al braccio sinistro, ma piuttosto lungo il decorso dell'aorta e dei suoi grossi rami, e che in molti casi, almeno alle apparenze, il dolore non ha alcun rapporto con lesioni coronarie o miocardiche. Oltre a ciò ritiene più plausibile la teoria che fa consistere la malattia in una lesione della parete arteriosa. La prognosi è sempre più favorevole di quel che generalmente si crede quando si faccia un adeguato trattamento, la cui parte più importante è costituita dal riposo e dai tonici cardiaci. I nitrati sono tra i rimedî più efficaci, ma essi per lo più sono dati in dosi insufficienti. La somministrazione sottolinguale di tabloidi di nitroglicerina di recente preparati riesce molto vantaggiosa nel sopprimere il dolore. Gli effetti di questi tabloidi si ottengono in tre minuti quando siano posti sotto la lingua, mentre ingeriti ed assorbiti per la via dello stomaco danno il loro effetto dopo dieci minuti. Durante l'accesso dovrebbero essere dati due o più tabloidi con circa mezzo milligramma di nitroglicerina e ripetuti a pochi minuti di distanza fino a quando non si ottiene l'effetto desiderato. Una volta l'A. somministrò in un giorno fino a cento di tali tabloidi e l'accesso non si ripetette che dopo tre anni. L'effetto della nitroglicerina è dubbio quando viene somministrata a dosi troppo piccole. Gli effetti del nitrito di amile sono meno sicuri. Il nitrito di sodio è troppo tossico e dà disturbi di stomaco. Il tetranitrato di eritrolo dà cefalea e non agisce così prontamente come la nitroglicerina i cui effetti sono d'altra parte più duraturi. Si possono prevenire gli effetti dello *shock* inibitorio sul cuore somministrando l'atropina fino a 2 milligrammi per gli adulti. Quando si tratta di un soggetto sifilitico bisogna praticare una cura di iodio ed arsenico. Quando l'accesso è grave e si ripete a breve distanza di tempo, bisogna fare iniezioni ipodermiche di morfina o di morfina ed atropina; ma questi alcaloidi disturbano la digestione, è quindi meglio insistere con i nitrati. Sono utili anche le applicazioni calde sullo sterno. Le inalazioni di cloroformio sono raccomandate da Balfour, ma sono ritenute pericolose da Allbutt. Nei casi nei quali l'azione del cuore rimane normale la digitale è controindicata; può essere somministrata con la noce vomica se il cuore è debole. Il paziente dovrebbe condurre una vita regolare, senza eccessi dietetici, senza eccitazioni, lavorando fisicamente e mentalmente poco; il caffè, il fumo, l'alcool devono essere inibiti; e, ciò che è della più grande importanza, durante gli accessi è necessario il più assoluto riposo.

dr.

La riduzione dei liquidi negli asistolici.

In un interessante contributo allo studio degli edemi cardiaci, pubblicato nel n. 9 (settembre 1918) della *Revue médicale de la Suisse romande*, Tchertkoff e Heim riprendono la questione del regime indicato nel trattamento dei cardiopazienti scompensati, soprattutto per quanto riguarda la somministrazione dei liquidi e dei sali. Ci piace riportare le conclusioni, cui i predetti autori arrivano.

Sembra innanzi tutto indiscutibile che la riduzione della quantità di liquidi ingeriti nei cardiaci scompensati sia di notevole vantaggio, permettendo spesso da sola il rapido ricompensarsi del malato. La dieta secca favorirà inoltre l'azione dei medicamenti cardio-renali quando occorrerà somministrarli: qualora con questi due metodi associati non si riesca a far migliorare l'infermo, bisogna attendersi l'esito infausto a breve scadenza.

Tutto il vantaggio di questo regime è costituito dalla sua povertà in acqua, la quale non sovraccarica cuore e reni e permette lo stabilirsi di un equilibrio idrico.

Ma non basta. Una dieta povera di acqua dovrà sempre accompagnarsi con una riduzione di sale: la declorurazione, mentre rende più sopportabile la diminuzione di liquidi, riduce gli accumuli salini dell'organismo.

Nei cardiaci scompensati edematosi bisogna sempre *accoppiare* riduzione di liquidi e restrizione di sale.

La diminuita escrezione renale di acqua è la causa prima degli edemi cardiaci, giacchè nella genesi di questi il rene pare abbia maggiore importanza che non i vasi periferici.

G. SABATINI.

Intossicazioni medicamentose.

Questo argomento è stato trattato recentemente dal dott. Manquat all'Accademia di Medicina di Parigi.

In genere, le intossicazioni debbono mettersi in rapporto con la moda delle dosi limiti se non proprio alte.

La riputazione della medicina verrebbe probabilmente compromessa, qualora venisse a sapersi che alcuni accidenti mortali, o l'aggravamento dei sintomi, sono dovuti non rare volte a difetto di prudenza da parte del medico, il quale dimentica, per esempio, che al di là di 1/10 di milligrammo di digitalina cristallizzata (Nativelle) per iniezioni ipodermiche o di ½ milligr. di strofantina *per os* il miocardio malato, anche se non è leso istologicamente, può reagire allo stimolo farmacologico con gravi aritmie e con impressionanti fenomeni di *adinamia cordis;* che l'atropina al di là di ½ milligr. può provocare le più sgradite sorprese (sovratutto nei simpaticotonici); che le dosi elevate di oppio nei bambini possono calmare la tosse, ma arrestare il cuore; che gl'ipnotici a dosi generose possono procurare il sonno, ma al risveglio mantenere perturbate le funzioni psichiche; che l'eccesso di molti farmaci per via gastrica può farsi responsabile di una « gastrite medicamentosa ».

È poi da mettere in conto la speciale suscettività di certi malati a dosi abitualmente benissimo tollerate di alcuni medicinali, per modo che i malati « nuovi » andrebbero prima saggiati.

L'A. ha comunicato all'Accademia alcune morti, da lui osservate, dopo l'iniezione di 1 cmc. di pantopon (erano trascorsi appena 20 minuti), di mezzo grammo di antipirina (in un infermo 65enne), dopo l'applicazione di un suppositorio contenente 30 centigr. di antipirina (in un ragazzo di 5 anni). Ha pure osservato accidenti piuttosto gravi dopo la somministrazione di 50 centigr. di piramidone.

All'oratore si sono associati Pouchet, Hayem e A. Robin, nel riconoscere che alle volte il medico provoca degli accidenti d'intossicazione medicamentosa e nel raccomandare molta cautela nelle prescrizioni. R. B.

La medicatura alla carta paraffinata.

Harpster (*Journal American Medical Association*, 1918, pag. 1763) ha trovato che la carta paraffinata costituisce un'eccellente medicatura per le scottature e per tutte le altre lesioni che richiedono una medicatura non aderente. La carta paraffinata è risultata più vantaggiosa delle varie misture a base di paraffina applicate a mezzo di pennellazione: si applica più facilmente e più rapidamente, si rimuove più facilmente e dà guarigioni in termine di tempo più breve. Subito dopo la scottatura, quando il dolore è più vivo, si possono spalmare le varie pomate attualmente in uso sulla carta paraffinata, applicando il tutto sulla parte scottata dopo avere aperte tutte le vescicole. La carta paraffinata ha il vantaggio di escludere il contatto dell'aria. D'altra parte può essere agevolmente rimossa lasciando inalterate le granulazioni in via di sviluppo.

Al disopra della carta paraffinata applicata direttamente alla lesione si pone uno strato di cotone e la usuale fasciatura. Poichè la carta è impermeabile le secrezioni della piaga scolano intorno e sono assorbite dal cotone circostante. La medicatura non s'attacca mai. Basta cambiarla una volta ogni due o tre giorni.

La carta paraffinata può essere adoperata per altri scopi. Quando per difetto di fasciature di tela o di garza si deve ricorrere a quelle di carta, per evitare che queste vengano imbevute della secrezione della piaga si può interporre fra la medicatura vera e propria e la fasciatura di carta uno strato di carta paraffinata che impedisce la diffusione dei liquidi dall'interno all'esterno.

I vantaggi della carta come materiale di medicazione furono rivelati accidentalmente: durante la guerra essa fu largamente adoperata negl'imperi centrali e con ottimi risultati, senza far sentire la deficienza del cotone. DR.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1017) *Sulla cura dell'anchilostomiasi.* — Al dott. A. T., abb. n. 6699:

Il *timolo* è uno dei migliori rimedi contro l'anchilostoma duodenalis, e, ben somministrato, ha d'ordinario ragione anche delle anchilostomiasi ostinate.

Si somministra alla dose di 4-6 gr. al giorno per due tre giorni, in cartine, da prendere l'una a distanza dall'altra di un'ora.

È opportuno durante la cura tenere il malato a dieta leggera o lattea e somministrare a cura finita un purgante salino.

Accanto al timolo tiene uno dei primi posti l'*olio di chenopodio*, usato specialmente dai medici americani; recenti prime esperienze, riportate sul *British Med. Journ.*, darebbero nel confronto una superiorità netta a quest'ultimo medicamento. Esso va somministrato nella dose di 40-60 gocce al giorno in tre volte.

t. p.

(1018) *Al dott. C. D'A.*, Zona di guerra:

Consigliamo la lettura di:

1° UMBER: *Malattie del ricambio.* Traduz. italiana. — Unione Tipografico-Editrice Torinese.

2° *Manuel des maladies de la nutrition* (collez. Achard-Debove-Castaigne) redatto da BABONNEIX, CASTAIGNE, GY e RATHERY. — Masson edit., Parigi.

t. p.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

BARD L. *Précis des examens de laboratoire employés en clinique.* Un vol. rilegato, in-16°, di pag. 830, con 162 figure. — Masson et C.ie, ed., Parigi. Prezzo L. 14.

Questo volume tratta abbastanza estesamente i metodi di laboratorio che hanno importanza per la clinica; e non solo i più comuni, ma anche quelli che più raramente vengono usati, e che sono anche poco conosciuti a quei pratici che non consultano le opere speciali. Oltre le ricerche chimiche, batteriologiche, istologiche, ematologiche, vengono trattati quindi altri metodi di esame, quali, p. e., la viscosimetria, la misura della tensione superficiale, l'elettrocardiografia, ecc. Sebbene l'A. insista nel far presente che questo libro è dedicato ai medici e non agli specialisti, si deve ritenere che esso può servire per la massima parte delle ricerche biologiche, completandolo qua e là con le nozioni speciali che ogni ricercatore deve possedere.

Ciò che forse non riteniamo pratica è la suddivisione della materia, non già secondo la natura degli oggetti che si studiano, ma secondo che i procedimenti considerati appartengono alla fisica, alla chimica, all'istologia, ecc. Ciò conferisce forse al libro un aspetto più scientifico, ma gli fa perdere un po' la praticità; disperdendo gli esami di un determinato oggetto nei più svariati capitoli; un copioso indice analitico rende però meno lunghe le ricerche.

FIL.

NOËL FIESSINGER. *Les diagnostiques biologiques en clientèle.* Un vol. in-16° di 326 pag. con 70 fig. e 8 tavole in colori. — A. Maloine e figli, ed., Parigi. Prezzo L. 5.

La caratteristica di questo libro è l'esclusione di ogni ingombrante fardello scientifico, e di ogni nojosa ed inutile enumerazione di metodi, fra i quali chi si accinge a fare delle ricerche di chimica o batteriologia clinica non sa che scegliere. Per ogni ricerca vien descritto il metodo ritenuto più facile, più comodo, più significativo, non solo, ma, per facilitare l'orientamento, l'A. vi aggiunge ciò che si deve vedere, e soprattutto ciò che si deve dire a chi attende la risposta, cioè poche parole che sintetizzino il risultato senza disperdersi in insignificanti descrizioni.

Il volume tratta la batteriologia, l'ematologia, la isto-citologia, l'urologia, la chimica pratica. Non tutto quanto vi si dice può essere accettato senza discussione, ciò che non toglie che il libro del Fiessinger sia comodo e praticamente utile.

FIL.

PRON L. *Le contenu stomacal à jeun.* Un vol. in-8° di pag. 45. — A. Maloine e figli, ed., Parigi. Prezzo L. 2.

La questione del contenuto gastrico, durante il digiuno, è stata finora studiata insufficientemente. Essa invero, come appare anche dagli studî dell'A. durati una diecina d'anni, è assai vasta sia per le diversità qualitative dei liquidi contenuti, che per i problemi, che durante lo studio si presentano ad ogni passo.

Il rumore di sciaguattamento gastrico a digiuno è assai frequente nei dispeptici: l'analisi chimica del liquido estratto è, secondo l'A., di grande importanza, potendosi riconoscere mediante essa il tipo di dispepsia. La causa più frequente dello sciaguattamento sarebbe il catarro acido; la gastrosuccorrea non è però da ritenersi, come vorrebbe qualche autore, quale segno positivo di ulcere gastriche.

Le idee esposte dall'A. meritano di essere approfondite, per mezzo di studî esaurienti sopra un materiale abbondante.

FIL.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Ancora della smobilitazione sanitaria.

Abbiamo già accennato ai criterii fondamentali che a parer nostro devono regolare la smobilitazione degli ufficiali. La smobilitazione — e su questo non v'è e non vi può essere disaccordo — deve essere fatta in modo graduale perchè siano equamente contemperate le esigenze dell'esercito ed i bisogni del Paese, le necessità collettive ed i diritti individuali.

La Direzione Generale di Sanità militare ha disposto che innanzi tutto siano congedati i medici delle classi dal 1870 al 1873. Un tale provvedimento si imponeva perchè anche i medici rientrassero nella legge comune. Non era infatti giusto che a guerra finita fossero obbligati al servizio militare cittadini appartenenti a classi anziane che non furono mai chiamate alle armi. Ed il provvedimento appare più lodevole quando si consideri che per questa categoria di medici, come per tutte le altre, è stata data libertà di rimanere ancora in servizio, così che quelli che ne abbiano bisogno e lo desiderino possano avere ancora il modo ed il tempo di sistemare i loro affari, riannodare eventualmente le file della loro clientela.

Un trattamento di favore, nel senso che debbano avere nel congedamento la preferenza su gli altri di pari anzianità, deve essere fatto ai medici emigrati, che all'appello della patria vennero da tutte le parti del mondo. Anche in questo caso le ragioni di opportunità politica si confondono con i diritti individuali. Questi medici devono tornare al più presto tra i connazionali emigrati, perchè le colonie dei nostri concittadini possano avere la necessaria assistenza sanitaria, che è tanta parte della loro prosperità. E d'altra parte i medici stessi che hanno affrontato più disagi per lunghi viaggi non scevri di pericolo, che più degli altri sono stati lontani dalle proprie famiglie senza mai godere di licenze, hanno diritto ad avere un più sollecito riposo.

E le nostre considerazioni sulla necessità che i medici condotti siano subito congedati e messi a disposizione dei rispettivi Comuni hanno un eguale valore per tutti i medici appartenenti a pubbliche amministrazioni. Senza fare delle elencazioni, che potrebbero farci incorrere in involontarie omissioni, affermiamo che tutte le istituzioni sanitarie del paese hanno bisogno di funzionare regolarmente, donde la necessità che alle istituzioni stesse sia restituito senza indugio il proprio personale specializzato.

Non si può attendere che i medici siano rinviati agli ospedali civili, alle cliniche, ai manicomii, ecc. quando siano congedate le rispettive classi.

I medici per la loro particolare funzione non possono essere trattati alla stregua degli altri cittadini. Come allo scoppio della guerra furono mobilitati tutti i medici anche di classi non ancora chiamate alle armi, come furono mobilitati medici appartenenti a classi che per legge statale non potevano essere e non furono richiamate alle armi, così nel procedere alla smobilitazione fra gli appartenenti alla classe sanitaria si devono seguire criterii differenti da quelli che si seguono per le altre categorie di cittadini. E la esclusione dei medici dal beneficio della licenza temporanea in attesa di congedo concessa agli ufficiali di altre armi appartenenti alle classi 1874, 1875 e 1876, prova che la categoria dei medici non si trova in istato di preferenza in confronto delle altre.

D'altra parte criterii uguali, norme assolute non si possono formulare e seguire anche per gli stessi appartenenti alla classe medica. Ogni medico ha una personalità propria, fatta di cultura, di esperienza, di attività particolari che non possono essere catalogate, d'onde la impossibilità di un regime rigido ed uguale per tutti.

Sarebbe quindi difficile indicare norme precise per la smobilitazione dei medici. Si correrebbe il rischio di cadere in esclusivismi, in trascuranze non confacienti alle necessità pubbliche e non rispondenti ai principii di equità e di giustizia, che in omaggio alla pace sociale devono essere ora più che mai la guida dei governanti.

Per procedere dunque convenientemente alla graduale smobilitazione dei medici per modo che l'assistenza sanitaria del paese sia assicurata e siano insieme tutelati i diritti dei medici occorre che ciascun caso sia esaminato, ciascun individuo sia opportunamente vagliato e giudicato in rapporto alla sua capacità ed alla sua attitudine e possibilmente in rapporto anche ai suoi interessi ed ai suoi desideri.

Non sono perciò necessari nuovi decreti, nuove norme, nuove istruzioni e tanto meno nuove commissioni. Basta che le Commissioni provinciali per gli esoneri dei medici giudichino con più larghezza e con minor rigore sia fatta la revisione dei loro giudizi in sede superiore. Basta che siano allargate le maglie del crivello attraverso il quale devono passare i medici esonerati.

Per fortuna nostra in Italia le commissioni

di esonero sono costituite in modo che non mancano i rappresentati della classe, rappresentati che conoscono cose ed uomini; è un sistema che, come si legge in un giornale inglese, all'estero è ancora allo stato di aspirazione.

Procedutosi alla smobilitazione dei medici condotti e dei medici appartenenti alle pubbliche amministrazioni, all'esercito rimane ancora un buon numero di sanitari certamente sufficiente ai bisogni. Resteranno i liberi professionisti, tra i quali molti vi sono che domanderanno di prestare servizio ancora per qualche tempo come ufficiali medici. E non è necessario spendere parole per dimostrare la opportunità che questi medici senza occupazione fissa per i quali il pensiero dell'avvenire è più che per altri assillante, debbano essere preferiti nel loro eventuale desiderio di rimanere sotto le armi.

Non pretendiamo di avere affrontato in tutta la sua complessità il problema della smobilitazione. Abbiamo solo tracciato le grandi linee della quistione. Ma incorreremmo in una grossolana omissione se non accennassimo ad un non meno interessante lato del problema.

Intendiamo parlare dei provvedimenti che devono prendersi in confronto di quelli che appartengono al Corpo sanitario militare perchè iscritti al terzo, al quarto, quinto e sesto anno di medicina. Costoro che durante la guerra hanno funzionato da medici pur non essendolo per fatto e per legge, rischiano di non esserlo mai sul serio se in loro confronto non saranno adottati adeguati provvedimenti. Crediamo che della quistione debbano occuparsi oltre che la Direzione di sanità militare, il ministro della pubblica istruzione, la Direzione di sanità civile, lo stesso Capo del governo. Non si deve lasciare che della quistione stessa si occupi e giudichi la Direzione dell'esercito che per ragioni della sua competenza non si può preoccupare che di organici e di quadri. Ora che col cessare della guerra guerreggiata sono per ovvie ragioni cessate le ragioni che potevano far ritenere plausibile trattenere presso l'esercito i giovani studenti di medicina, è necessario che la loro sorte sia esaminata con competenza e senza passione, o per lo meno con nessun'altra passione all'infuori di quella di assicurare al paese per l'avvenire una schiera di medici che lo siano per davvero, per assicurare al paese un avvenire scientifico degno della sua grandezza in altri campi.

Se la medicina è stata per quattro anni una delle più poderose armi di guerra, perchè ha concorso a conservare il più prezioso materiale bellico, il materiale umano, essa rimane sempre un'arma di pace e di benessere.

Lo Stato nel suo supremo interesse ha il dovere che la produzione di nuovi medici continui ininterrotta e tale da potere corrispondere alle più severe necessità della pace. I giovani studenti che per quattro anni di guerra sono rimasti lontani dagli studi, e sono stati costretti a corsi che mal si adattavano alle libere esigenze della scienza, devono ritornare alle loro università tutti e subito perchè possano assistere ai corsi che sono per iniziarsi in tutte le università.

PANGLOSS.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso Nazionale dei Medici condotti.

Il 20 dicembre scorso, alle ore 10, venne inaugurato il Congresso Nazionale dei medici condotti in Firenze. Erano presenti, oltre l'on. Brunelli, presidente, l'ex-presidente Villa, e 26 presidenti di Sezione, che rappresentavano circa 49 Sezioni su 144.

Assodato il numero legale, per rendere il Congresso valido, il presidente del Congresso locale, dott. Fatichi, dette il benvenuto ai congressisti ed inneggiò alla vittoria gloriosa, mandando un saluto a tutti gli assenti, tenuti lontani da ragioni d'ufficio e di obbligo, e a tutti quelli che si erano sacrificati per la Patria.

Seguì il Brunelli, che fece il resoconto morale e materiale dell'Associazione, o, meglio, di ciò che la presidenza aveva fatto in questi due anni, dal convegno dei presidenti tenuto a Bologna. Riscosse il plauso dei convenuti. Riguardo alla parte politica, che aveva provocato tante polemiche, egli dichiarò che si sarebbe astenuto dall'entrarvi e dal partecipare a qualsiasi discussione. Terminò augurando all'Associazione che il di lui successore possa giungere a ricostituire l'Associazione, che ha cominciato a sbandarsi, e che da parte sua, come deputato, avrebbe continuato a dare il suo appoggio e il suo contributo personale ad ogni quistione che si fosse creduto di sollevare.

Alla discussione presero parte Gandolfi, Riscini, Martinelli, Malusardi, Giannini ed altri. Si concluse che il Brunelli, anche cessando dall'essere presidente, rimaneva sempre il benemerito dell'Associazione, per avere sempre e ininterrottamente cercato di fare il bene della classe e di migliorarne le sorti.

Proseguì il Carobbio per l'esposizione finanziaria, dimostrando come l'astensione e la resistenza dei soci al pagamento della quota, significava lo smembramento dell'Associazione e la debolezza in cui era già caduta; sollecitò la prossima nuova Presidenza a voler indurre nuovo vigore, a che le file, che prima compatte e numerose costituivano una vera potenza, si fossero, a mezzo di propaganda e persuasione, ricondotte al pristino splendore. Si passò poi alla nuova elezione della Presidenza, che venne ad unanimità composta del presidente

Villa, dei vice-presidenti Martinelli, Malusardi, Grandomi, Biscione, Vaccino, del segretario Pellegrini, del cassiere Carrobbio e dei revisori dei conti Pieraccini, Giannini e Persiani.

Seguirono le discussioni sulla *Cassa-pensioni* e sulle *Assicurazioni contro le malattie del lavoro*, con una elaborata e nitida relazione del Martinelli, che pose fine al Convegno.

Il futuro Congresso, poi, per acclamazione fu indetto in Trieste italiana, nel prossimo settembre 1919.

Le previsioni pessimistiche, che presagivano la dissoluzione dell'Associazione dei medici condotti, non si sono avverate. E ciò è un bene per la classe.

La maggioranza degli organizzati ha trovato in sè il coraggio di riunire le forze e di nominare la nuova Presidenza.

Ritorna il Villa, che primo riuscì a riunire in un fascio i medici condotti formandone l'Associazione Nazionale.

Noi attendiamo il programma della nuova presidenza, per discuterlo, e ci auguriamo che, finito il periodo delle discussioni, si entrerà nel campo fattivo. Spetta alla nuova presidenza di raccogliere le fila dell'Associazione, ed il lavoro sarà non facile nè breve, specialmente per l'Italia Meridionale e Insulare, che ha bisogno di organizzazione.

I problemi da affrontare e risolvere sono non pochi nè lievi: la condotta medica, com'è presentemente organizzata, a nostro parere, è una mostruosità e un anacronismo, e deve essere abolita. Scontenta medici e cittadini.

Per il momento immediato bisogna chiedere al Governo Centrale il rispetto della legge già esistente: La condotta è statuita per i poveri e solo i poveri ne debbono usufruire.

Ciò come programma minimo, del momento. Per tutto il resto discuteremo e speriamo di essere d'accordo con le direttive dell'Associazione.

Hoc est in votis.

Dott. PALMA DI PASCARELLA.

A proposito di smobilitazione dei medici condotti.

Caro Pangloss,

Ho letto nell'ultimo numero del *Policlinico* l'articolo che ha per titolo «la smobilitazione sanitaria» e posso con te concludere che «le necessità dell'assistenza civile, l'economia statale, gli interessi della classe medica, giustificano come urgente il congedo dalle armi dei medici condotti».

Il decreto Luogotenenziale del dicembre 1917 ha già rimandato in servizio di condotta parecchi colleghi di classi anziane, e taluni hanno dovuto lasciare il servizio militare anche non volendo, giacchè il decreto suddetto si inspira, come del resto è giusto, soltanto agli interessi delle Amministrazioni.

Che cosa hanno trovato questi colleghi al loro ritorno nella vita civile dopo due o più anni di permanenza in zona di guerra? Il Governo ha dato loro il benservito e li ha mandati nei piccoli o grossi centri a lottare con gli stipendii della fame che avevano prima della guerra, li ha affidati allo strozzinaggio delle Amministrazioni comunali, e per i begli occhi dell'autonomia dei Comuni, tanto cara al paterno cuore del Ministro del Tesoro, ha negato loro il dritto a quel trattamento economico che ha migliorato le condizioni degli impiegati dello Stato. Triste la condizione di questi medici che hanno rioccupato condotte scisse nelle quali la clientela degli abbienti è passata a medici non aventi obblighi di leva, ma più triste quella dei titolari di condotte piene, i quali sono obbligati, in massima parte con gli stipendii irrisorii che avevano prima della guerra, a prestar servizio nelle pubbliche Amministrazioni.

Chi si è interessato della sorte di costoro che pure sono ufficiali dell'esercito e che lo Stato economicamente ha disconosciuto non appena li ha affidati allo strozzinaggio dei Comuni? Quale differenza di trattamento con altri ufficiali che sono stati mandati a coprire posti di condotte e che invece hanno conservato il grado e lo stipendio! Se poi si consideri il trattamento economico che è stato fatto ad altri ufficiali mandati in servizio di condotte durante l'attuale epidemia, risulterà ancora meglio l'ingiustizia dello Stato verso i colleghi riammessi, nolenti o volenti, al servizio di condotta in base al decreto su citato. Questi colleghi hanno lavorato ed esposto la vita durante l'epidemia, ed il Governo ha permesso, auspice l'autonomia dei Comuni, che l'opera loro fosse pagata in ragione di 4 o 5 franchi al giorno.

Ora tu dici: nell'interesse dell'assistenza civile, i medici condotti siano smobilitati prima degli altri. Anche a costoro dunque, dopo che hanno dato alla Patria un contributo di sofferenze e di lavoro, il Governo darà il benservito e li manderà a lottare con gli stipendii della fame delle pubbliche Amministrazioni? No, non è lusinghiero questo trattamento per ufficiali che hanno fatto il loro dovere durante la guerra e che lo Stato dimentica non appena ha consegnato loro il foglio di congedo. Se il Governo intende che le economie dello Stato sieno riservate innanzi tutto al debito di gratitudine che la Nazione deve avere verso i combattenti, in qual modo vuole addimostrare questa riconoscenza verso gli ufficiali, già medici condotti, smobilitati? Lasciandoli forse totalmente in balìa delle Amministrazioni comunali come ha già fatto per i congedati? Negando loro quel trattamento economico che hanno avuto gli impiegati dello Stato? Disconoscendone i reali bisogni della vita, e facendosi complice con le Amministrazioni nello sfruttamento del loro lavoro?

A mio parere, il miglior modo col quale lo Stato possa addimostrare ai medici condotti smobilitati la sua riconoscenza, è quello di obbligare le Amministrazioni ad un compenso adeguato al lavoro che essi sosterranno nell'assistenza civile delle popolazioni, adeguato agli attuali bisogni economici della vita.

Consideri il Governo l'importanza dell'assistenza civile in questo momento, e non dimentichi che i benemeriti della lotta contro le epidemie sono innanzi tutto i medici condotti. Allo stato attuale delle cose, affinchè a questa onesta categoria di professionisti sia fatta giustizia, non c'è che un mezzo solo: obbligare le Amministrazioni ai doveri di giustizia. L'autonomia dei Comuni che anche in tempi normali il Governo ha violato, è un principio astratto che non ha ragione di esistere quando concretizzi una grande ingiustizia, o quando leda interessi vitali dello Stato.

Concludendo dunque: tornino i medici condotti all'assistenza civile delle popolazioni e per queste urgenti ragioni siano tosto smobilitati. Ma il Governo provveda affinchè le Amministrazioni facciano loro un decente trattamento altrimenti, caro *Pangloss,* i medici condotti torneranno all'assistenza civile, ma... boicotteranno il giorno appresso le proprie condotte.

Pregandoti di voler pubblicare, ti saluto.

Dott. ERNESTO GRELLA.

A proposito delle pensioni ai medici condotti.

Caro Policlinico,

Senza voler essere dei querulomani possiamo dire giustamente che della nostra classe pochi, anzi pochissimi, si sono occupati durante la guerra. I nostri colleghi *majores*, hanno avuti altri pensieri, altri interessi da difendere, i deputati, fatta qualche lodevole eccezione, hanno pensato, pensano e penseranno ai loro colleghi, i nostri Presidenti di Ordini, di Associazioni, ecc., ecc., sono pur distratti dalla politica generale e noi poveri paria siamo confinati nel dimenticatoio. È questa storia una leggenda? Chi può smentirla?

Uno dei problemi che più ci interessano è quello della pensione. Quella irrisoria pensione che poi non è che il frutto diretto dei nostri meschini versamenti annuali. Una vera mutua con interessi composti che come capestro deve avvincerci fino al 25° anno compiuto di nostro ininterrotto servizio.

Ora la guerra ha sovvertito la vita di tutti, e noi medici condotti siamo fra i più disorientati. Quanti di noi per mille e una ragione non avranno più l'interesse di tornare alla magra vita del condotto? Quattro anni di guerra per molti vissuta lontano dai nostri centri di lavoro ha spostato i nostri interessi, ha disorientato la nostra vita, ha sovvertito i nostri piani, ha sconvolto il nostro avvenire. Perchè dobbiamo avere una legge-capestro che ci lega alla condotta? perchè la pena del distacco da essa deve esser la perdita dei nostri versamenti, la perdita di quel risparmio che sarebbe dovuto divenire il compenso del nostro sudato lavoro?

Lasciateci la libertà di liquidare i nostri anni di servizio già fatto, lasciateci la libertà di orientarci come vogliamo, come crediamo, dopo tanti anni di pene e di martirio.

Noi non reclamiamo che il nostro, non possiamo cederlo ad altri perchè è nostro, sacrosantamente nostro. Riconoscete ciò che abbiamo fatto per il bene della Patria. Mettete in evidenza questi oscuri eroi che hanno diffuso tanti tesori della loro esperienza per il bene dei nostri cari soldati. I medici condotti a migliaia sono corsi sotto le nostre bandiere e possono dire altamente che hanno servito la Patria col più grande degli amori, con la più apostolica delle abnegazioni.

Un medico condotto.

Pei conti individuali nelle pensioni dei sanitari.

La *Gazzetta ufficiale* pubblica un D. L. che sopprime, presso la Cassa di previdenza per le pensioni dei sanitari, i conti individuali e proroga la data di compilazione dei bilanci di varii Istituti di previdenza.

Tale decreto dispone:

Art. 1. — A decorrere dal 1° gennaio 1919 sono soppressi presso la Cassa di previdenza per le pensioni dei sanitari i conti individuali di cui all'art. 14 del testo unico 2 gennaio 1913, n. 453, libro III, parte III.

La liquidazione delle indennità e delle pensioni agli iscritti alla detta Cassa di previdenza e alle loro famiglie continuerà ad eseguirsi in base alle tabelle *A* e *B* annesse allo stesso testo unico.

Art. 2. — I censimenti degli iscritti agli Istituti di previdenza per le pensioni di sanitari, agli insegnanti elementari e ai segretari ed altri impiegati degli enti locali, per la formazione dei bilanci tecnici quinquennali stabiliti dalle rispettive leggi organiche, sono differiti: quello per il Monte-pensioni degli insegnanti elementari dopo due anni dal precedente; e quello per la Cassa di previdenza per le pensioni dei sanitari dopo altri due anni.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7549) *Pensioni.* — Dott. F. T. da T. di S. — Ai medici condotti che aderirono alla Cassa di previdenza fin dalla sua istituzione vengono riscattati gratuitamente quindici anni di servizio prestati prima della istituzione medesima. Pertanto Ella può far valere tutti i quattordici anni e quattro mesi di servizio prestati prima della istituzione della Cassa, cioè, fino al 31 dicembre 1898. A questi 14 anni e sei mesi, se ne debbono aggiungere altri 20 dal 1° gennaio 1889 al 31 dicembre 1918 e si ha un totale di anni 34 e sei mesi. Per raggiungere la pensione di lire 3000 occorre avere prestati al minimo 38 anni di servizio ed avere, come Lei, in quell'epoca l'età di anni 64. Di tal che nelle sue condizioni occorre compiere altri tre anni, due mesi ed un giorno per liquidarla.

(7551) *Cassa-pensioni - Continuità della iscrizione.* — Dott. D. M. da V. — Perdendosi comunque la qualità di medico condotto si perde egualmente la facoltà di rimanere inscritto alla Cassa di previdenza, la quale fu istituita, come è noto, esclusivamente pei medici condotti. Rimanendo da libero esercente inscritto all'ente non avrebbe modo di dimostrare all'atto della liquidazione della pensione il numero degli anni di servizio prestato in

quanto che non potrebbe allegare le deliberazioni consiliari relative.

(7552) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. N. da V. — Il Decreto Luogotenenziale del 10 febbraio ultimo da Lei citato non riguarda indennità caro-viveri ma un aumento di stipendio stabilito obbligatoriamente per lo Stato e facoltativamente per i Comuni. Se, pertanto, il Consiglio comunale non lo deliberi, determinandone contemporaneamente l'ammontare, non vi ha diritto da parte degli impiegati a pretenderlo.

(7553) *Pensioni.* — Dott. A. M. da C. dei T. — Riscatto gratuito si intende senza corrispettivo di contributo o di altro qualsiasi pagamento di somme. Come premio e incoraggiamento ai primi sanitarii che si inscrissero alla Cassa la legge del 1898 nell'art. 28 comprese tale facilitazione. Non è permesso pagare in una sol volta più annualità di contributi allo scopo di accorciare il termine fissato dalla legge per il conseguimento della pensione.

(7554) *Medico militare in servizio civile - Competenze per prestazioni in altre condotte.* — Dott. E. S. da O. di P. — L'art. 3 della circolare concordata fra il Ministero della guerra e quello dell'interno in data 10 settembre 1917, n. 20400-1-722, tassativamente dispone che il medico militare comandato in servizio civile ha obbligo di prestare servizio, oltrechè nella condotta del Comune in cui il titolare venne chiamato alle armi, anche, come interini, nelle condotte del Comune o dei Comuni viciniori nei qual il titolare disimpegnava pure il servizio. In tali casi i Comuni, diversi dal Capoluogo, nei quali disimpegna il servizio di interinato, gli corrisponderanno l'intero assegno o quota dell'assegno che prima corrispondevano al medico civile richiamato. Dalla pubblicazione di tale circolare è naturalmente decaduto l'assegno stabilito dal decreto Prefettizio ed Ella può pretendere dagli altri Comuni, in cui si reca come interino, l'intero o parte dello stipendio che si dava al collega, ora sotto le armi. Gli stipendi arretrati non sono ancora prescritti. DOCTOR JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 2704:

L'Associazione della Croce Rossa per contingenze imprevedibili di servizio dovè cedere all'esercito i suoi ufficiali medici che avevano obbligo di leva.

Non si può quindi dire che essa sia venuta meno ai suoi impegni poichè il passaggio di parte del suo personale alla Sanità fu imposto con decreto luogotenenziale, al quale la benemerita Associazione non poteva fare opposizione alcuna.

Ritengo quindi che ogni reclamo sarebbe infondato.

Al dott. V. M. da C.:

Il quesito non è di competenza militare. Il Comune sa che il suo collega è esonerato soltanto fino al 31 dicembre e quindi che aleatoria potrebbe esserne l'assunzione in servizio: spetta pertanto al Comune di regolarsi nella maniera più a lui conveniente.

All'abb. n. 8637:

Essendo ella dispensato dal servizio e quindi *indisponibile* non può ottenere promozione alcuna. Inutile quindi far domanda. Ella non fu comandato come militare ad una qualsiasi condotta, ma lasciato come indispensabile alle sue ordinarie mansioni. Stando così le cose non le spetta l'indennità di due mesi di stipendio.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il nostro collaboratore prof. Francesco Sabatucci, assistente alla Clinica Psichiatrica dell'Università di Roma, è stato nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia.

Rallegramenti.

MEDICINA SOCIALE.

Provvedimenti igienico-sanitari nel dopo-guerra.

Riportiamo alcuni degli ordini del giorno approvati dalla Sezione per l'Igiene sociale della Commissione pel dopo-guerra, durante le ultime sedute delle quali abbiamo già dato notizia.

Nei prossimi numeri daremo altri ordini del giorno approvati dalla Sezione.

Utilizzazione del materiale sanitario di guerra (relazione Ascoli).

La Sezione di Igiene sociale, tenuto presente che l'abbondante materiale igienico-sanitario adibito per la guerra può costituire uno dei mezzi più importanti per attuare gran parte delle provvidenze sociali indispensabili nel dopo-guerra;

prendendo atto degli ordini del giorno votati in data 31 ottobre e 12 novembre 1918 dalla Sezione XXVI;

emette i seguenti voti, pregando il presidente di trasmetterli al più presto sia al presidente della Sezione XXVI, sia alle autorità governative:

1° che detratto quanto servirà per i servizi dell'esercito, il resto del materiale che non appartenga ad enti locali o a privati sia ceduto:

a) per dotare Istituti clinici ed ospitalieri esistenti e specialmente a fondare ospedali nelle regioni che più ne difettino, ad istituire sanatori per tubercolotici, per malarici, colonie per bambini deboli, e a favorire l'istituzione nei centri popolari di ospedali speciali per malattie infettive;

b) per dotare specialmente di apparecchi di raggi X i dispensari antitubercolari;

c) per istituire innanzi tutto nei capoluoghi di provincia che ne manchino gabinetti di ricerche per la diagnosi delle malattie infettive, annettendoli possibilmente agli ospedali per malattie infettive e dotandoli inoltre degli opportuni servizi spostabili per la disinfezione;

d) per utilizzare un certo numero di camions, anzitutto al trasporto dei malati, facilitandone l'acquisto ad Associazioni e comitati per la pubblica assistenza, ed eventualmente anche per il trasporto di malati e di lavoratori nelle zone malariche ed inoltre per trasporto dei mezzi di disinfezione;

e) per usufruire impianti per bagni con particolare riguardo alle scuole pubbliche elementari;

2° che lo Stato o la Croce Rossa provvedano con eventuali acquisti dei treni inglesi ed americani o con apposita costruzione a due o più treni per il trasporto di malati o feriti, per dotare i principali centri ferroviari almeno di un vagone per il pronto soccorso;

3° che vengano costituiti uno o più centri di materiale sanitario per i soccorsi d'urgenza in occasione di terremoti, inondazioni ed altre pubbliche calamità;

4° propone che della Giunta superiore di liquidazione facciano parte un rappresentante della sanità pubblica nominato dal Ministero dell'Interno e un rappresentante delle Facoltà universitarie scelto dal Ministero della P. Istruzione e propone che almeno un rappresentante della sanità faccia parte delle Commissioni istituite in ogni singolo corpo d'armata.

Opere d'interesse igienico (relazione Lutrario e Santangelo).

La Sezione fa voti:

I. — Che siano ripresi alacremente i lavori per provvista di acqua potabile o per altre opere igieniche, interrotti durante la guerra e siano iniziati al più presto quelli per i quali siano approvati o pronti i progetti, estendendo ai lavori stessi, quantunque comunali, tutte le provvidenze emanate e da emanarsi per la ripresa dei lavori pubblici dello Stato, ed applicando e rendendo più larghe le misure, già adottate durante l'anno di neutralità, per sollecitare l'approvazione dei progetti, la concessione dei mutui di favore e la concessione del concorso dello Stato, anche col sistema dei sussidi in capitale, che si è dimostrato più pratico e più efficace, specialmente per le opere di minore ammontare.

II. — Per quanto particolarmente concerne le opere di provvista di acqua potabile:

1° allo scopo di sollecitare la ripresa dei lavori interrotti:

a) che sia semplificata la procedura per la revisione dei preventivi richiesta dalla variazione dei prezzi derivata dalla guerra e per la concessione dei mutui complementari occorrenti per la maggiore spesa;

b) che si prevenga l'ostacolo nascente in particolare dall'elevatezza e dalla variabilità del costo dei materiali metallici nell'attuale periodo, col fare assumere dallo Stato la fornitura dei materiali stessi, che lo Stato dovrebbe cedere ai Comuni ai prezzi di progetto;

2° ad integrare le agevolezze nascenti dalla legislazione vigente e a colmarne le lacune:

a) che siano estese a tutto il regno le disposizioni legislative vigenti per la Sardegna riguardanti la facoltà di eseguire a tutte cure e spese dello Stato la ricerca di acque sotterranee e l'allacciamento di piccole sorgenti ad uso potabile e che siano messi a disposizione della Direzione generale della Sanità pubblica i macchinari ed impianti per la ricerca di acque sotterranee eccedenti i bisogni dell'Amministrazione militare per effetto della smobilitazione;

b) che sia assunta dallo Stato la compilazione dei piani regolatori di opere per provvista di acqua potabile per bacini idrografici in modo di coordinare la soluzione del problema idrico per i vari Comuni con risparmio di lavoro e di spesa;

c) che sia facilitata la compilazione dei progetti anche a cura dello Stato, per i Comuni che per la loro piccolezza o per la povertà non possano provvedervi;

d) che le maggiori agevolezze, delle quali godono i Comuni della Sardegna, della Basilicata e della Calabria, siano estese ai Comuni di altre Provincie, per i quali per le condizioni topografiche locali la provvista di acqua potabile non può farsi che con spesa così eccezionalmente grave, che riesca insufficiente il beneficio della legge 25 giugno 1911, n. 586;

e) che siano promosse e facilitate le opere per provvista di acqua nell'interesse promiscuo dei Comuni e di altri enti o di privati con equo riparto della spesa secondo il rispettivo interesse, e che sia fatto obbligo a tutte le amministrazioni pubbliche, che eseguano condotte di acqua, di estenderne il beneficio ai Comuni, che possano giovarsene, ponendo a carico dei Comuni la maggiore spesa all'uopo occorrente, secondo quanto si pratica di concerto fra la Direzione generale delle Ferrovie dello Stato e quella della Sanità pubblica;

f) che all'atto della smobilitazione siano lasciati a disposizione della Direzione generale della Sanità pubblica gli apparecchi mobili di depurazione di acqua, superflui all'Amministrazione militare, perchè possa assegnarli ai Comuni nei quali non sia possibile di avere altrimenti buona acqua potabile;

g) che nella redazione del testo definitivo della legge sulle derivazioni di acque pubbliche sia facilitata con disposizioni speciali la concessione di acque sorgenti ad uso potabile, prescindendo normalmente dalla complessa procedura richiesta per le concessioni ad uso agricolo od industriale.

III. — Per quanto concerne le altre opere igieniche:

1° che sia sempre più assicurato mediante mutui di favore o con sussidi in capitale, lo impianto di locali di isolamento per le malattie infettive, e di stazioni di disinfezione per tutti i Comuni del regno o isolatamente o riuniti in Consorzio e ne sia vigilato il regolare funzionamento e la conservazione del materiale;

2° che con piano organico sia assicurata con la costruzione di convenienti edifici la regolare assistenza ospedaliera in Italia, svolgendo le tendenze liberali della legislazione in proposito circa il concorso dello Stato nella spesa di costruzione o di adattamento;

3° che l'impianto e l'esercizio dei bagni popolari da parte dei Comuni, sia considerato non come una spesa puramente facoltativa o come l'esercizio di una industria, ma come uno dei mezzi più efficaci per la tutela della salute pubblica e come tale sia favorito con mutui di favore, dando la mag-

giore estensione all'uso dei bagni per gli alunni delle scuole;

4° che sia richiamata l'attenzione del legislatore per una più larga politica di favore per facilitare la costruzione di case per i piccoli impiegati e per i lavoratori, aumentando le agevolezze consentite dalle attuali leggi per le case popolari ed economiche specialmente per quanto concerne i mutui di favore, ed estendendo largamente il sistema dei mutui di favore anche per le case dei contadini, analogamente a quanto è disposto nelle leggi speciali per l'Agro romano.

IV. — Per il personale tecnico-sanitario:

1° che sia posto in piena efficienza l'ufficio destinato a rivedere i progetti e a vigilare la esecuzione delle opere presso la Direzione generale della Sanità pubblica;

2° che l'ingegneria sanitaria formi oggetto di insegnamento in tutte le scuole di applicazione per gli ingegneri, con esame obbligatorio per tutte le categorie di studenti;

3° che siano istituiti corsi d'igiene anche nelle scuole professionali degli operai che si addicono alla esecuzione di lavori di interesse igienico.

NOTIZIE DIVERSE

Congresso nazionale per l'assistenza agli invalidi di guerra.

Il primo Convegno nazionale per l'assistenza ai mutilati e invalidi di guerra, tenutosi a Milano, nei locali dell'Istituto dei ciechi, ha messo in discussione numerosi, importanti problemi che reclamano una sollecita soluzione.

Organizzato, per iniziativa dell'Assistenza nazionale dei mutilati, da un Comitato presieduto dal prof. Galeazzi, il Convegno è riuscito di straordinaria importanza sia per i vitalissimi argomenti trattati e riguardanti i benemeriti della Patria, sia per l'intervento di elevate personalità della scienza, che hanno recato il prezioso contributo dei loro studi, e dei rappresentanti del Governo, che hanno seguito con molto interesse lo svolgimento dei lavori.

Esposti dal prof. Galeazzi e del cap. Dall'Ara gli obbiettivi che si ripromettono gli organizzatori del Convegno, s'iniziarono i lavori con la trattazione del tema: «Assistenza medico-legale degli invalidi di guerra» su cui riferì il prof. Ottolenghi. La discussione sull'argomento, ampia, elevata, ebbe per conclusione l'approvazione di un ordine del giorno dell'on. Gasparotto, col quale, restando «fermo e libero al socio il diritto di assistenza personale, il Congresso fa voti che alle commissioni medico-legali che debbono giudicare sulle condizioni del mutilato e dell'invalido, sia chiamato sempre un tecnico di emanazione dell'Associazione nazionale dei mutilati».

Anche sulla relazione del prof. Groppali, riguardante gli assegni e pensioni di guerra, si sviluppa largamente una viva discussione: le conclusioni caldeggiano non solo più adeguate pensioni agli ultra invalidi ed una più equa distribuzione delle categorie d'infermità, ma invitano ad un voto perchè venga esteso ai figli dei militari di 2ª e 3ª categoria l'assegno concesso ora soltanto a quelli di 1ª categoria. Tali conclusioni vengono infine trattate dai convenuti.

Nelle sei sezioni sono stati presi in esame importanti problemi. Nella Sez. I (Storpi e mutilati) è stata esaminata la relazione dei proff. Putti e Della Vedova, nonchè le comunicazioni dei professori Ghilliani, Pedrazzoli e Zunaglioni. Nella Sezione II (Ciechi) furono lette le relazioni del prof. Denti, on. Rigola, Pilandriani. Nella Sez. III (Nevropsicopatici) le relazioni dei proff. Morselli e Rossi, Medea e Modena. Alla Sez. IV (Invalidi per tubercolosi) furono lette le relazioni dei proff. Stezza e Pongoni.

Fratellanza scientifica franco-italiana.

La Società Medico-Psicologica di Parigi, nella sua seduta del 25 novembre u. s., su proposta del presidente Colin, ha votato il seguente ordine del giorno:

«La Société Médico-Psychologique, dans la joie de la victoire commune, adresse à sa sœur la Société Phréniatrique italienne, ses meilleurs sou-

venirs et ses vifs sentiments d'affectueuse sympathie; elle émet le vœu que des liens d'une plus intime solidariété se nouent entre les deux Compagnies savantes pour le plus grand bien de la Science et de l'Humanité».

In una lettera al presidente della Società Freniatrica italiana, prof. Tamburini, il segretario generale della Società Medico-Psicologica, Ritti, dichiara: «Je suis heureux et fier d'être chargé par mes collègues de vous envoyer cet ordre du jour, faible témoignage de notre sincère attachement et de notre grande admiration pour la splendide Italie, cette noble nation qui a lutté vaillemment et glorieusement pour la civilisation contre la barbarie».

Il prof. Tamburini ha risposto con un affettuoso telegramma di ringraziamento, a nome della Società da lui presieduta, esprimendo i più vivi sentimenti di riconoscenza, di solidarietà e di ammirazione per la sorella latina.

Un Istituto pei mutilati e orfani di guerra.

La Società «Bambini-Parodi-Delfino» di Milano ha stabilito di erigere nei pressi di Colleferro un Istituto per la rieducazione dei mutilati e degli orfani di guerra. L'Istituto sorgerà a complete spese della Società e sarà capace di settanta posti tra mutilati ed orfani. Nelle ammissioni verrà seguito il criterio di dare la precedenza ai militari che già appartennero al personale della Società in qualità di operai o a congiunti di questi, e uguale criterio sarà tenuto per l'ammissione degli orfani.

L'"asso" dei medici militari.

Si presume che il *record* delle onorificenze di guerra conferite a medici militari spetti al maggiore medico dott. Cornelio Rizzo, che conseguì or non è molto la promozione a scelta. Egli porta nove decorazioni di guerra, fra le quali cinque medaglie al valore.

Il "Calendario della salute" della Croce Rossa Italiana.

È una interessante raccolta di consigli e massime di igiene individuale e sociale, a cura del dott. Eschilo Della Seta, pubblicati sui fogli di un artistico calendario da sfogliarsi giornalmente.

L'idea è utile, efficace, veramente pratica. I consigli sono alla portata del gran pubblico e servono, come l'autore si propone, ad insegnare ogni giorno delle nozioni nuove e utili, correggere errori, vincere pregiudizi.

Lodevole è l'iniziativa della Croce Rossa Italiana che si è fatta editrice di questo lavoro che mira a creare nelle famiglie la *coscienza igienica* sulla quale oggidì tanto si nsiste.

I colleghi possono ben raccomandare la pubblicazione, che si presenta in veste artistica assai elegante, alle famiglie dei loro clienti ed essa può anche essere un leggiadro ornamento per il loro gabinetto di ricevimento.

Il «Calendario della Salute» è in vendita a L. 5 la copia in Roma (via Nazionale, 145 - Libreria Mantegazza); Milano (via San Paolo, 22 - Arti Grafiche); Bologna (via San Gervasio, 10, presso Magagnoli); Bari (Libreria Laterza); Pisa (Libreria Bemporad), ecc.

Il dott. MARIO BINDI, sottotenente medico nell'Ospedale da campo 202 del Veneto, è morto d'influenza contratta nell'adempimento del proprio dovere.

Della sua professione aveva fatto un apostolato Si laureò in Siena (sua città nativa) i primi dell'aprile 1916. Ha con entusiasmo servita la Patria in trincea, negli Ospedali da campo. Contava appena 26 anni. B.

Una breve malattia ha strappato all'affetto del sen. Luigi Mangiagalli la nobilissima consorte, l'ispiratrice della sua instancabile e fervida attività, la sua collaboratrice nelle opere filantropiche.

Esprimiamo il nostro cordoglio all'illustre clinico.

Il prof. dott. RICCARDO LOLLI, maggiore medico, si è spento, dopo strazianti sofferenze sopportate con stoica fermezza, colpito da una malattia contratta nell'adempimento del proprio dovere.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *resp*

Anno XXVI — *Roma, 12 gennaio 1919* — Fasc. 2.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

REGGIMENTO LANCIERI DI FIRENZE - II GRUPPO
INFERMERIA PROVVISORIA.

Osservazioni sull'epidemia influenzale

del dott. CAMILLO ARTOM.

L'epidemia di una forma morbosa a carattere influenzale, largamente diffusa per tutta Europa nell'estate scorsa, ha già dato origine ad una serie numerosa di studî, condotti con larghezza di vedute, con ricchezza di mezzi, con vastità di materiale di osservazione; il Pontano particolarmente (*Policlinico*, anno 25°, fasc. 39-40) ha dato una descrizione di essa, chiara e completa, dal triplice punto di vista clinico, epidemiologico ed etiologico.

Parmi tuttavia che, a schiarimento di alcuni punti oscuri, ancora in discussione, possa essere portato un modesto contributo, riferendo brevemente queste osservazioni, ricavate dalla personale esperienza della epidemia influenzale, diffusa in un gruppo di squadroni, presso il quale il sottoscritto ha prestato servizio ininterrotto dal maggio al novembre.

Detto reparto di truppa, della forza media di circa trecento uomini, era composto di individui di età dai venti ai ventisette anni, di costituzione fisica soddisfacente, sottoposti ad un lavoro moderato, dislocati nelle retrovie (salvo nel periodo dell'offensiva austriaca del giugno e in quello della recente vittoria finale), e quindi sottratti all'influenza di fattori emozionali e climatici, eccessivamente sfavorevoli. Le note cliniche, tratte da osservazioni su questo complesso di individui, hanno dunque un valore di esattezza molto grande, trattandosi di un materiale omogeneo, con minime variazioni personali, e non sottoposto all'azione perturbatrice di elementi esteriori importanti.

Nel gruppo di squadroni menzionato si è manifestata una forma morbosa a sintomatologia influenzale ed a carattere nettamente epidemico; detta epidemia, diffusasi nella seconda metà di maggio e nella prima di giugno, si è andata poi quasi estinguendo, fino ad aversi solo più pochi casi sporadici nel luglio e nell'agosto. Verso la fine di questo mese, l'epidemia si è riaccesa, assumendo una diffusione di gran lunga maggiore nella seconda metà di settembre e nella prima di ottobre, e andò poi via via scemando, riducendosi nuovamente a pochi casi sporadici nella prima metà di novembre. Sebbene, come ripeterò meglio più tardi, sia facile convincersi della sostanziale unicità della forma morbosa, diffusasi epidemicamente in tutto il periodo maggio-novembre 1918, pure la « poussée » epidemica di maggio-giugno ha presentato caratteri assai diversi dalla « poussée » di settembre-ottobre: in quella i casi morbosi sono stati di un'assoluta uniformità di sintomi e di decorso (*forme lievi*: durata costante, non superiore a tre giorni, assenza di complicanze), in questa invece, accanto a casi che riproducevano esattamente il tipo dei casi presentatisi in maggio-giugno (*forme lievi*), si ebbe un numero ragguardevole di casi, in cui la durata del periodo febbrile era notevolmente prolungata, assai maggiore la gravità dello stato generale, frequenti le complicanze, talora mortali (*forme gravi*). In tutto il periodo maggio-novembre 1918 si sono inoltre avuti numerosi casi che debbono, con ogni probabilità, interpretarsi come *forme abortive* di influenza.

SINTOMATOLOGIA. — La *febbre* si inizia bruscamente, senza prodromi accentuati: al terzo giorno, nelle forme lievi si ha *defervescenza per crisi*, nelle forme gravi si nota invece una spiccata remittenza (*pseudocrisi*), dopo la quale la febbre risale, si mantiene alta ancora per 2-5 giorni con remittenze di scarsa intensità, cade poi generalmente *per crisi*. Altre volte si ha invece una defervescenza *per lisi*: tale prolungamento della curva termica è, di regola, in rapporto con complicanze bronchiali o bronco-polmonari. In tutti i casi, caduta la febbre, permane una spiccata *labilità termica*: a cause lievi (es. piccoli sforzi, variazioni nella dieta alimentare, irregolarità della defecazione, ecc.) corrispondono elevazioni termiche, per lo più serali, di scarsa intensità e di breve durata. Non raro è il fenomeno del riaccendersi della febbre, dopo parecchi giorni, e anche settimane, di apiressia: si tratta allora di vere e proprie *ricadute* che possono ripetere l'andamento della malattia primaria, ma che, di solito, sono piuttosto benigne. Negli antichi *malarici* si nota costantemente una riaccensione del vecchio processo morboso; la curva termica influenzale ne viene quindi modificata, e, di solito, prolungata.

L'arrossamento diffuso del *faringe* e del *palato molle*, insieme con la corizza, con l'iperemia congiuntivale e con la congestione oculare (*facies influenzalis*), è sintoma iniziale costante, a cui corrisponde un senso di bruciore e di costrizione alle fauci; le tonsille di solito non sono notevolmente ingrossate. Frequenti le emorragie gengivali; in un caso la morte fu causata da un'abbondante emorragia faringea.

La *lingua* è di regola impatinata, e, nelle forme di maggiore gravità, viene ad assumere l'aspetto della lingua tifosa, con una zona fuligginosa a forma di V rovesciato, che dall'apice giunge fin quasi al centro, mentre i bordi si presentano fortemente arrossati. Tale aspetto della lingua ha, per la mia personale esperienza, un valore prognostico nettamente sfavorevole, specialmente se contemporaneamente si abbia una patina grigio-fuligginosa sulle arcate dentarie e sulle gengive; invece un certo grado di umidità della lingua deve rendere piuttosto ottimista la nostra prognosi.

L'*alvo* è, costantemente e per tutta la durata della malattia, stitico, spesso timpanico. Frequente la dolenzìa alla palpazione del colon: non raro il gorgoglìo ileo-cecale. Il vomito ostinato, infrenabile, si è presentato solo in alcuni casi gravi. Non ho mai riscontrato fenomeni molto serî a carico dell'apparato gastro-enterico, cosicchè la creazione di una forma intestinale distinta non mi pare giustificata.

La *milza*, nelle forme lievi, non è mai ingrossata, salvo che si tratti di antichi malarici; nelle forme gravi, verso il quinto giorno compare una modica spleno-megalia.

L'*epistassi* è sintoma quasi costante. Di regola si tratta di piccole emorragie, talora invece di emorragie imponenti; parmi che queste ultime abbiano un valore prognostico sfavorevole.

La *bronchite* dei grossi bronchi è costante nelle forme gravi; in queste è nota la frequente complicanza di focolai bronco-pneumonici, spesso confluenti, che sono non raramente causa di morte.

L'*apparato cardio-vascolare* presenta, costantemente e fin dall'inizio, *ipotensione*. Misurando il polso dell'ammalato in assoluto riposo e in posizione orizzontale, nelle forme lievi si nota, fin dal 2° giorno, *bradicardia* assoluta: nelle forme gravi, che decorrono regolarmente, verso il 3° giorno compare una bradicardia relativa, che si va facendo più spiccata nei giorni successivi, diventando assoluta verso la fine del periodo febbrile; nelle forme gravi, ad esito

letale; non si è mai manifestata tale bradicardia. Durante la convalescenza, il rallentamento del polso, spesso molto al di sotto di 60-50 battute per minuto, è costante e perdura lungamente: basta però un movimento dell'ammalato, un piccolo sforzo qualsiasi, per produrre un aumento notevole del numero delle pulsazioni (*labilità del polso*). La bradicardia assoluta e relativa ha, a parer mio, un valore prognostico, tanto più favorevole, quanto più precoce ne è la comparsa.

L'*urina* è spesso albuminosa, talora con i segni di una vera e propria nefrite.

La partecipazione del *sistema nervoso* è dimostrata dai dolori diffusi, dalla frequente cefalea, dal senso costante di profonda prostrazione. Non ho mai osservato fenomeni meningei; in un solo caso ho avuto delirio. Non raro, nei casi gravi, un lieve stato stuporoso.

A carico della *cute* non ho mai notato esantemi; nei casi molto gravi, con profonda intossicazione generale, compare costantemente una colorazione terrea del volto.

Impressionante è la rapidità con cui si stabilisce un profondo *dimagramento* dell'ammalato.

Dal complesso dei sintomi brevemente descritti è facile, pur senza voler entrare in merito a questioni etiologiche, formarsi un *concetto sintetico* della malattia. Essa deve interpretarsi, a parer mio, come una forma nettamente *tossiemica*, con azione elettiva più profonda sull'*apparato cardio-vascolare* (bradicardia, labilità del polso), sulle *capsule surrenali* (ipotensione, astenia, dimagramento), sulle *vie respiratorie* (bronchiti, bronco-polmoniti).

COMPLICANZE. — Sono *localizzazioni secondarie* della primitiva infezione generale: più frequentemente colpiti sono l'*apparato respiratorio* (bronchite diffusa, bronco-polmonite) e il *cuore* (adinamia cordis). L'albuminuria, l'epistassi, le emorragie faringee, più che vere e proprie complicanze, devono considerarsi espressione dell'infezione generale.

DIAGNOSI. — Non offre difficoltà, tanto più che la forma morbosa decorre epidemicamente. Fra i *sintomi iniziali* sono caratteristici: *inizio* brusco, *facies influenzalis, arrossamento del faringe e palato molle, dolori diffusi*. In seseguito la *curva febbrile* con defervescenza critica o remittenza pseudocritica in 3ª giornata, l'aspetto della *lingua*, l'*ipotensione*, la *bradicardia* relativa od assoluta, l'*epistassi*, la *costipazione*, le *complicanze* confermeranno la diagnosi. Nella *convalescenza* sono pure caratteristici: l'*astenia* profonda ed ostinata, la *bradicardia assoluta*, la *labilità del polso e della temperatura*.

PROGNOSI. — Fausta nelle *forme lievi*, è meno favorevole nelle *forme gravi*. Hanno soprattutto valore prognostico (oltre, s'intende, lo stato dei singoli organi vitali) quei sintomi che stanno ad indicare il *grado dell'intossicazione generale*, e quindi particolarmente: 1° l'aspetto della *lingua*; 2° il numero delle *pulsazioni*; 3° lo *stato subiettivo* dell'ammalato; 4° la *colorazione terrea del volto*; 5° *il vomito* ostinato; 6° le *epistassi* imponenti.

CURA. — Nelle forme di scarsa gravità ho limitato la terapia medicamentosa a un *purgante* salino iniziale, ed a piccole dosi di *chinino* (40-80 ctg. *pro die*) e di *fenacetina* (50 ctg. *pro die*) durante il periodo febbrile. Non ho fatto uso di preparati salicilici per evitare ogni azione deprimente sul cuore: ho abbondato invece nella somministrazione di *eccitanti cardiaci* (alcool, canfora, caffeina). Nella convalescenza ho sistematicamente somministrato tintura di *strofanto e noce vomica*, ovvero soluzione di nitrato di *stricnina*. Nel periodo febbrile ho mantenuto gli ammalati a *dieta liquida e leggiera*, che non ho subito abbandonata, appena caduta la febbre, perchè ho notato più volte rialzi febbrili, in seguito ad una somministrazione troppo frettolosa di cibi solidi o inadatti.

Ho già accennato che alcuni sintomi costanti (ipotensione, bradicardia, astenia, dimagramento) fanno pensare ad uno stato di *iposurrenalismo* in tutti gli ammalati d'influenza; mi è parso quindi logico di somministrare *adrenalina* (mg. 1 *pro die*), sia per bocca, sia per iniezioni. Nei pochi casi, in cui mi è stato possibile esperimentarla, ho avuto l'impressione che essa abbia agito favorevolmente sul decorso e sulla durata della malattia. Forse l'uso precoce e sistematico dell'adrenalina può giovare anche nel senso di diminuire, con la diminuzione dello stato congestizio dei vasi polmonari, la predisposizione alle complicanze polmonari: infatti, in casi con noduli di incipiente bronco-polmonite, ho avuto buoni effetti dalla terapia adrenalinica.

Nelle forme gravi, in cui l'aspetto di una vera e propria infezione generale si imponeva chiaramente (febbre molto alta, lingua tifosa, patina fuligginosa sulle gengive e sulle arcate dentarie, colorazione terrea della cute, albuminuria, epistassi imponenti, coscienza obnubilata), ho tentato l'uso di *preparati colloidali per via endovenosa*. Ho, di solito, praticato per tre giorni consecutivi l'iniezione, in una vena dell'avambraccio, di una piccola dose di electrargolo (cmc. 2.5); i risultati mi sono sembrati ottimi, nè d'altra parte ho notato alcun effetto spiacevole, ad eccezione di una reazione termica passeggiera. Le iniezioni endomusco-

lari di electrargolo non mi hanno dato i buoni effetti delle iniezioni endovenose.

PROFILASSI. — La somministrazione quotidiana di piccole dosi di *chinino*, a scopo profilattico, mi è risultata assolutamente inefficace. Le altre misure, adottate per la *difesa collettiva* (*disinfezione degli ambienti* con creososol e latte di calce) e *individuale* (*collutori* antisettici, *polveri da fiuto* a base di mentolo) sono probabilmente utili, ma la loro efficacia non mi è parsa molto grande. Ottimi risultati mi ha dato invece l'*isolamento*, anche non assoluto, l'abbondante *ventilazione* degli ambienti, l'accantonamento della truppa in *locali molto spaziosi*.

EPIDEMIOLOGIA. — La *contagiosità* della forma influenzale descritta appare essere stata grandissima: il numero dei casi, risultante dalla somma delle forme lievi e delle forme gravi, senza tener conto delle forme abortive, raggiunse all'incirca i due terzi della forza media del gruppo di squadroni. È verosimile che il contagio avvenga per le goccioline di espettorato, proiettato, tossendo, nell'aria ambiente dall'ammalato e dal convalescente. I casi nuovi comparivano per lo più a gruppetti caratteristici, formati quasi sempre da vicini di giaciglio. Non ho mai notato, come antecedenti all'insorgere della malattia, punture di insetti (pappataci).

Di grande importanza è il fatto che nessuno degli ammalati di maggio-giugno ha nuovamente contratto il morbo nel periodo settembre-ottobre: io stesso e il mio personale di assistenza, che avevamo sofferto l'influenza nel giugno, siamo stati immuni nel più recente periodo epidemico, sebbene rimanessimo permanentemente ad intimo contatto con gli ammalati. Anche individui che nel giugno scorso ebbero solo disturbi influenzali passeggieri, interpretabili come forme abortive, si sono dimostrati refrattari a successivi contagi, od ebbero solo nuovamente fugaci elevazioni febbrili. Dobbiamo dunque ritenere che l'attuale forma morbosa conferisca una *immunità*, assoluta o relativa: tale immunità si sviluppa non prima di 25-30 giorni (periodo nel quale possono aversi ricadute), ed ha una durata non minore di 6 mesi.

Dal complesso di quanto ho detto più sopra, emerge chiaramente l'identità sostanziale delle forme morbose, verificatesi nei due periodi epidemici maggio-giugno e settembre-ottobre 1918, e raggruppabili clinicamente in forme lievi e forme gravi.

Avvalorano tale asserzione: 1° le note caratteristiche costanti dell'epidemia e il suo andamento (grande contagiosità, contemporaneità delle forme gravi e delle forme lievi nel 2° periodo epidemico); 2° l'identità dei sintomi iniziali (*facies influenzalis*, insorgere brusco, fatti catarrali delle prime vie respiratorie, ipotensione) e dei sintomi della convalescenza (bradicardia, labilità del polso e della temperatura, astenia), tanto nelle forme lievi quanto nelle forme gravi; 3° l'analogia fra alcuni sintomi delle forme lievi (defervescenza critica, bradicardia assoluta) ed altri corrispondenti delle forme gravi (remittenza pseudocritica, bradicardia relativa); 4° l'immunità conferita dai casi di maggio-giugno verso successivi contagi.

CONCLUSIONE. — Non credo certamente di aver detto molte cose nuove. Ho esposto brevemente alcune note cliniche, terapeutiche, epidemiologiche, risultanti dalla personale esperienza dell'epidemia influenzale in un reparto di truppa, che presentava condizioni particolarmente favorevoli ad una osservazione esatta. Fra i sintomi, ho messo in rilievo la bradicardia, assoluta e relativa, del periodo febbrile, la bradicardia assoluta e la labilità del polso e della temperatura durante la convalescenza; fra i criterî prognostici, ho dato particolare importanza a quegli elementi che lumeggiano lo stato di intossicazione generale; fra i mezzi terapeutici, ho avuto risultati decisamente favorevoli dall'adrenalina e specialmente dalle iniezioni endovenose di electrargolo; ben dimostrata mi pare l'unicità sostanziale delle forme morbose dei varî periodi epidemici; infine, mi permetto di insistere ancora sulla interpretazione della forma influenzale come una malattia da infezione generale, con azione elettiva sull'apparato respiratorio, sul cuore e sulle capsule surrenali.

Zona di guerra, 25 novembre 1918.

L'afasia nella febbre tifoide.

La febbre tifoide nel suo decorso offre sovente variazioni individuali interessanti. Tra le molte mie osservazioni voglio far nota in succinto un'afasia caratteristica nel suo modo di stabilirsi e di dileguarsi.

A... P..., di anni 17, di costituzione abbastanza robusta, con sviluppo scheletrico regolare, con pannicolo adiposo abbondante, di intelligenza poco svegliata e senza precedenti ereditarî degni di nota; si mette, dopo alcuni giorni di malessere e spossatezza, a letto con febbri che andarono giornalmente aumentando d'intensità. Fu subito purgata con purgante oleoso, ma la febbre continuò nello stesso modo e per di più comparve un delirio che allarmò la famiglia.

Chiamato a visitarla, sospettai subito trattarsi di tifo; sospetto che si tramutò in ferma persuasione per il successivo comparire del tumore di milza e della roseola e per l'andamento caratteristico della febbre. Ma il fatto che più di tutto attirò la mia attenzione fu il disturbo della loquela che la paziente presentò, si può dire, sin dai primi giorni, disturbo consistente principalmente in una certa difficoltà nel parlare e nella poca chiarezza e comprensibilità delle parole che riusciva a pronunciare.

Nei giorni seguenti non solo gli accessi di delirio divennero più frequenti, ma la paziente divenne addirittura incapace di parlare. Tutto ella comprendeva; cosa questa che si arguiva dal movimento degli occhi rimasti pur sempre vivi e dai tentativi che faceva di rispondere alle mie interrogazioni.

Questa afasia motrice durò circa quattro settimane; verso la fine della quarta col miglioramento generale la paziente cominciò a balbettare nuovamente delle parole, a dire il vero, poco comprensibili; nei giorni seguenti tale disturbo disartrico si dileguò a poco a poco e la favella tornò quasi completamente normale.

Il disturbo della favella manifestatosi in principio come disartria, assunse in seguito nell'acme della malattia la forma di afasia, per poi dileguarsi alla fine dell'infezione passando nuovamente attraverso una fase di disartria. Accanto a questo disturbo si ebbero frequenti accessi di delirio.

Senza intraprendere discussioni teoriche, per mio conto ritengo che i disturbi nervosi non siano dipendenti da lesioni anatomo-patologiche grossolane e che dipendano da uno stato d'intossicazione dei centri cerebrali. Due ipotesi si affacciano subito alla mente a spiegare il fenomeno, e cioè che esso potrà esser dipeso dalla gravità dell'infezione, oppure dalla congenita debolezza dei centri nervosi esistente nella paziente e di cui feci appena cenno nell'anamnesi. Escludo subito la prima ipotesi, poichè l'infezione, senza esser lieve, non è stata però e per decorso e per altezza della temperatura tale da far attribuire ad una sua particolare virulenza il fenomeno suddetto, e propendo a far dipendere ogni cosa da una più facile aggredibilità dei centri nervosi dovuta alla loro congenita debolezza e insufficienza di sviluppo.

Come avviene di solito, la mia paziente guarì perfettamente.

Dicembre 1918.

Dottor PIETRO DE TOMMASI.

Pubblicheremo prossimamente:

P. PERAZZI. *Empiema con eliminazione di frammenti di tessuto polmonare in un ferito al torace.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

PIAZZA MARITTIMA DI VENEZIA
INFERMERIA DI TREPORTI.

Un caso abbastanza singolare di lesioni del pene determinate dall'apposizione d'un anello strozzante.

Tenente medico RUGGERO BOTTESELLE,
capo reparto chirurgia.

Il 29 aprile 1918 entrava in quest'infermeria un soldato con diagnosi di nefrite ed elefantiasi del pene. Il caso mi è sembrato degno di una breve nota a contributo clinico, in quanto rarissimamente giungono all'osservazione del medico individui con alterazioni del pene dirò così mostruose, permanenti ed incoscientemente provocate.

Ecco la storia del paziente.

G... U..., di anni 35, da Campagnola (Reggio Emilia), soldato ... bersaglieri. — Ereditarietà negativa. È celibe, di professione bracciante. Ebbe sempre discreto trasporto per la Venere accoppiata, pur essendo stato amante di quella solitaria. Esclude qualsiasi infezione venerea, la sifilide ed altre malattie. A 20 anni prestò servizio militare per tre anni in cavalleria. Richiamato per mobilitazione nel maggio 1915, fu trasferito in artiglieria e inviato a Parma, da dove nel giugno del 1916 fu mandato in zona di operazioni. Più tardi venne passato in fanteria, nel dicembre 1917 fu promosso caporale e nel marzo scorso incorporato tra i bersaglieri. Una mattina del luglio '15, era allora in una caserma di Parma, al primo svegliarsi fu costretto a portare la sua attenzione ai genitali per un senso di dolore, e con somma sorpresa trovò infilato alla base del pene un anello metallico. Egli non seppe spiegarsi come fosse stato applicato. Dubitò che qualche soldato approfittando del sonno, per burla glielo avesse messo. Provatosi a rimuoverlo non vi riuscì, essendo già la porzione di pene a valle dell'ostacolo aumentata di volume e perchè ogni tentativo esacerbava il dolore. Vergognoso di presentarsi al medico del corpo, rimandò di giorno in giorno una tale risoluzione, lusingato dalla speranza di riuscire una buona volta a liberarsi da solo. Il pene assunse in pochi giorni proporzioni assai voluminose, si fece ognor più dolente, e intorno e sotto all'anello dopo una quindicina di giorni cominciò un processo suppurativo, del quale egli divenne il medico pietoso accontentandosi di qualche lavanda di pulizia e di bendaggi di stracci. Allora si mostrarono i primi disturbi di minzione. Mentre prima poteva mingere stando in piedi e l'orina fluiva a getto normale dal meato uretrale glandolare, in seguito fu sempre costretto, abbassati i calzoni, a piegarsi sui ginocchi e a sollevare in alto verso l'addome la massa del pene per permettere all'orina di defluire da un foro formatosi subito a monte dell'anello sulla faccia inferiore del pene. Solo qualche volta ebbe a constatare fuoriuscita di orina anche

dal meato, ma sempre in minima quantità. La suppurazione si protrasse piuttosto a lungo, circa 6-8 mesi. Nel contempo altre piaghe secernenti si erano costituite qua e là sulla cute della massa peniana. Cessata la suppurazione, la tumescenza diminuì alcun poco. Malgrado il dolore e le sofferenze notevoli di quell'epoca il paziente continuò a compiere il suo dovere di militare. Arrivò così a una diecina di giorni addietro, quando cominciò a notare che gli arti inferiori erano aumentati di volume e che pure la faccia era edematosa. Non si dette perciò malato; gli rincresceva fosse scoperta la sua infermità. Fu però costretto qualche giorno dopo a presentarsi al medico del battaglione per ordine di un superiore. Quegli diagnosticò una nefrite e lo inviò all'ospedale. Giunto alla sezione di Sanità fu accuratamente visitato. Il medico, constatata l'alterazione del pene, rinveniva alla sua base un anello metallico affondato nell'edema. Con due colpi di tenaglia lo fece rimuovere. Da dieci giorni datano un senso di impastamento della bocca, gusto amaro continuo, inappetenza, spossatezza generale. Non cefalee; nè nausee. Nulla a carico dell'udito, vista. Alvo regolare, diuresi più abbondante del solito.

Narra il paziente che l'erezione ebbe a verificarsi raramente durante i primi mesi, e che tosto cessava per il vivo dolore provocato. Cicatrizzata la piaga, diminuì notevolmente la sensibilità dell'organo, e divenne pressochè nulla l'erezione. Dice di non aver mai avuto il desiderio di masturbarsi, non sognò neppure di recarsi in luoghi di piacere. Afferma di aver avuto parecchie volte eiaculazioni notturne, e gli sembrò talvolta di riscontrare lieve turgore del pene.

Esame obbiettivo. — Individuo di intelligenza scarsa, di costituzione scheletrica robusta, con masse muscolari bene sviluppate. Il sistema pilifero è poco sviluppato. Sulla faccia sonvi rari peli sparsi, solo al mento più addensati. Scarsi alle ascelle, sono più fitti al pube. Manca sul resto del corpo ogni peluria, tranne al dorso delle avambraccia e al lato anteriore delle gambe. La cute è roseo-pallida, liscia, fine, delicata, femminea, anche se si tiene presente lo stato edematoso. Esiste infatti succulenza notevole delle palpebre e della cute del volto, succulènza però che è più evidente al tronco e agli arti, specie gli inferiori, più ancora ai fianchi e al sacro.

Non si palpano gangli linfatici. Polso raro, teso, ritmico, 60'. Temperatura 36°.8. Cranio brachicefalo, notevole il predominio dello sviluppo facciale, collo corto, grosso; i due lobi tiroidei un po' più voluminosi del normale. Non si ha percezione di persistenza del timo. Cuore: nulla di particolarmente interessante. Polmoni: posteriormente dalla IX costola in basso ottusità, e diminuzione del murmure alveolare d'ambo i lati dall'angolo della scapola. Addome: molto ampio, disteso, indolente alla palpazione. Modico versamento libero. Negativo l'esame epatico, splenico, renale. Alla regione ipogastrica osservasi un lieve avvallamento della parete dovuto alla compressione della massa peniana. Organi genitali esterni: Il pene è a tutta prima irriconoscibile. Ricorda per forma e volume l'aspetto di un grosso tubero di patata. Gli si può valutare un peso di oltre 500 grammi. Difficile riesce farsene un'idea da una descrizione anche particolareggiata.

Le due fotografie che unisco mettono in migliore evidenza il reperto obbiettivo: l'una riproduce la faccia anteriore della tumescenza pendente; nell'altra la massa venne spostata lateralmente a sinistra e ruotata sul suo asse per mostrare la fistola uretrale. Ho voluto anche ritrarre l'anello (malefico?). Si vede fissato alla coscia destra.

Notasi il glande scappucciato conservare i caratteri normali; del prepuzio non si può differenziare la pagina mucosa da quella cutanea che per un colorito più pallido; l'edema distendendo le due pagine ha reso uniforme il rivestimento. La cute della massa voluminosa, bernoccoluta, è qua e là cosparsa di piccole macchie lentiformi, brune; sonvi vaste zone ci-

catriziali, dove la pelle è biancastra, coriacea, mentre in altri punti non presenta distrofie. Ben marcate le fossette laterali del frenulo, notevolmente grosso, dalle quali si parte il solco balano-prepuziale per iscomparire subito dopo. Questo è scolpito invece sul dorso e si continua sui lati secondo due solcature arcuate profonde, che vanno a terminare sulle parti più declivi della massa, senza però congiungersi. Un po' più in alto un'altra solcatura abbraccia trasversalmente la faccia superiore e destra del tumore. La consistenza è pastoso-elastica in alcuni punti, più consistente in altri. La cute è così distesa, che in alcun modo può sollevarsi in plica. Solo in certe zone il dito spinto ad una forte pressione lascia breve segno. A 3 cm. dal pube la tumescenza subisce una prima strozzatura; più marcata è però quella che esiste un centimetro più in alto e che è quella ove risiedeva l'anello e che ha una circonferenza di cm. 5.50. La lunghezza della tumescenza è di 15 cm., il massimo della circonferenza 35 cm. La radice del pene al di là dell'ostacolo ridotta a poco più di 1 cm. di lunghezza conserva volume e forma normali. Non si palpa la pulsazione dell'arteria dorsale del pene. I corpi cavernosi sono troncati a livello del cingolo. Sollevando la massa si constata che l'uretra è recisa in corrispondenza del solco prodotto dall'anello; affiora all'esterno sulla faccia inferiore secondo un meato cutaneo-mucoso a fessura trasversale con orletto libero per circa due terzi di circonferenza. Ad un centimetro all'innanzi esiste un'altra apertura con analoghi caratteri. Il tratto che intercede tra questi due orifici è dato dalla persistenza della antica parete uretrale in rapporto coi corpi cavernosi. Per quanto su di essa si osservino due lacune di Morgagni, pure ha perduto l'aspetto mucoso per assumere quello epidermico. Una siringa Nélaton (n. 20), introdotta dal meato uretrale esterno vero, esce dal pertugio distale, sospinta entro a quello in comunicazione colla vescica, vi penetra senza difficoltà. Il volume della borsa scrotale appare normale, la cute anche qui edematosa, testicoli di volume un po' ridotto, lieve versamento della vaginale propria. All'esame rettale: prostata uniformemente e modicamente ingrossata. Esame delle orine: 2000 cmc. in 24 ore, acide, leggermente torbide, schiumose, di colorito brunastro: peso 1018. Albumina in reazione evidente all'Esbach 1.50 ‰. Sedimento: discreto numero di globuli rossi non scolorati del tutto, qualche globulo bianco ben conservato, numerosi cilindri granulosi a granulazioni fine e grosse, rari cilindri di elementi misti, non globuli di pus, non elementi del bacinetto renale, nè della vescica. L'anello rimosso è di rame, si presenta di colorito brunastro su tutta la superficie con qualche deposizione calcarea. Ha un'altezza di 6 mm. ed una circonferenza di 6 cm.

* * *

Dall'esposizione della storia clinica si può desumere che in un primo tempo l'anello abbia provocato una parafimosi e un edema di tutto il pene, cui sia susseguito un processo flemmonoso partito dalla piaga, che si vide formarsi attorno al corpo straniero; così si stabilì la fistola uretrale, si determinò il troncamento dei corpi cavernosi, si formò un cingolo costrittivo cicatriziale fibroso cospicuo con un conseguente stato elefantiasico dell'organo. In quest'individuo con alterazioni anatomo-patologiche del pene, ormai inveterate fisse, vediamo improvvisamente insorgere, e solo in questi ultimi giorni, una nefrite. L'esame microscopico delle orine unito all'anamnesi e all'esame obbiettivo portano alla diagnosi: nefrite acuta di natura reumatica. Nessun legame mi sembra infatti esistere fra la forma renale e l'alterazione dei genitali.

Il caso riesce interessante dal lato medico-legale. Si può benissimo sospettare trattarsi di lesione ad arte procurata per ottenere una invalidità temporanea o permanente al servizio militare. L'autolesionista, è vero, non ricorre quasi mai ad espedienti, che provochino gravi alterazioni permanenti, quali mutilazioni, deturpazioni; questo è almeno il concetto, che induce i soldati ad essere violenti contro sè; che se poi le lesioni vanno al di là del loro intendimento, ciò è sempre una non desiderata conseguenza dell'insano modo di agire, una complicazione della forma morbosa provocata e sulla quale l'autolesionista non poteva avere influenza. Possibile che quest'uomo abbia stimato il pene una appendice vile, inutile, imbarazzante, superflua, e l'abbia scelta per sua àncora di salvezza? E allora perchè non denunciare il suo stato, se questo doveva essere il risultato di un atto compiuto scientemente e ponderatamente? Non è questo il luogo, nè è il carattere della pubblicazione di inscenare una discussione di carattere forense; nè posso erigermi ad accusatore o difensore dal momento che fu steso rapporto informativo alle superiori autorità e che un procedimento penale sarà fatto, ed un giudizio sarà emesso onde stabilire o meno una colpabilità. Comunque, è sincera ed esatta la versione esposta dal paziente? Io non credo che un compagno, approfittando del sonno — duro sonno — sia riuscito a infilare un anello di calibro così piccolo in un pene, che doveva avere le dimensioni di uno a sviluppo normale e che il paziente, solo al mattino svegliandosi — triste risveglio — si sia accorto della sgradita sorpresa.

L'individuo ha molti caratteri somatici per essere giudicato un masturbatore, un pudico, un deficiente; condizioni che nel loro assieme hanno contribuito a farlo agire in quel modo. Accade sovente di essere chiamati a liberare onanisti da strumenti più o meno banali od ingegnosi ai quali fanno ricorso nelle loro pratiche masturbatrici. Ricordo che ad un collega alcuni mesi fa si presentò un militare, posses-

sore di due anelli con brillanti, il quale diceva di averli infilati nel pene poche ore prima per nasconderli ad un possibile furto, ma che non ve li poteva più sopportare dato il dolore e il gonfiore che avevano provocato. Io penso che il paziente, dedito alla masturbazione, per rendere più viva l'eccitabilità erotica e più pronta la soddisfazione solitaria, sia ricorso al sussidio dell'anello. Per una parafimosi sopraggiunta non fu più in grado di levarlo, per una esagerazione di pudore misto ad un senso di paura e di vergogna si tacque, sopportando più serenamente il male, che le eventuali osservazioni del medico e le risa dei compagni. Basta dare uno sguardo alle condizioni in cui si è trascinato il paziente col suo prolungato silenzio per giudicare della sua mentalità. Basta notare che il soldato compì ininterrottamente in tutto questo tempo e in quelle condizioni il suo servizio, passando da un corpo ad un altro più combattivo, che fu promosso caporale, per avere una prova contraria alla supposizione che le lesioni sieno state da esso volute per esimersi anche temporaneamente dal servizio militare. Quante volte in questi tre anni avrebbe potuto essere mandato in un ospedale!

Ma se è veramente encomiabile la condotta di questo disgraziato, purtroppo si deve constatare una notevole mancanza da parte di autorità militari, nè voglio che questa mia osservazione esca dai limiti della pura e semplice obbiettività dei fatti, e da parte anche dei colleghi medici adibiti al servizio sanitario del reparto, di cui andava a far parte nei suoi passaggi il soldato. Perchè se così non fossero andate le cose, egli non avrebbe che il ricordo di un male passato. Infatti, riassunto in servizio militare nel '915, non subiva poi alcuna visita medica — sono sue parole —. Eppure è obbligatoria la visita settimanale per accertare malattie veneree fra i soldati, è obbligo del medico di visitare il soldato prima che egli si rechi in licenza per dichiararlo immune.

Fu sottoposto a vaccinazioni antivaiolose, antitifiche, anticoleriche parecchie volte. Nemmeno al suo passaggio da arma ad arma venne visitato per dichiarare la idoneità incondizionata, nè tampoco quando nel '916 si trattò di inviarlo in zona di operazioni. Se non l'avesse colto la nefrite od altra malattia fino a quando la lesione del pene sarebbe rimasta ignota a tutti? Certamente, secondo me, fino a pace conclusa ed anche più oltre.

Per quello che si riferisce al trattamento chirurgico è prudente, anzi necessario rimandare ogni cosa ad avvenuta guarigione della forma nefritica. Una volta scomparsi i segni di questa, si cercherà di ottenere una riduzione qualsiasi dell'elefantiasi o con massaggi, o con scarificazioni, o con parziale rimozione del colletto cicatriziale. Sarà poscia portata l'attenzione alla fistola uretrale e una plastica uretrale mi sembra offerta con buone speranze di attecchimento. Quando il deflusso delle orine si avrà nuovamente per la via naturale, il campo operatorio sarà meno facilmente inquinabile al momento di accingerci a dissecare il cingolo fibroso e a riaccollare i monconi dei corpi cavernosi nel tentativo di ridare all'organo della copula la sua vera nobile funzione, la proprietà di portare col coito lo sperma in vagina e rendere possibile la fecondazione, a quest'uomo che ormai ne avea perduta ogni speranza.

Zona di guerra, 15 maggio 1918.

ASSISTENZA SANITARIA.

Per una pronta ed adeguata organizzazione, anche in Italia, di Istituti talasso-elio-terapici per la cura delle tubercolosi chirurgiche ed in ispecie delle forme ghiandolari, ossee e articolari.

Dott. G. APERLO
libero docente ed assistente di patologia chirurgica nella R. Università di Pavia.

È tempo che anche in Italia, per iniziativa del Governo, degli Enti provinciali e comunali — questi ultimi magari riuniti in Consorzi ed aiutati eventualmente da oblazioni private — sorgano degli Istituti di talasso-elio-terapia per la cura delle tubercolosi chirurgiche in genere ed in ispecie per le forme ghiandolari, articolari ed ossee le quali così comunemente e gravemente affliggono migliaia e migliaia di persone di ogni condizione e di tutte le età ma in modo particolare i bambini dai primi anni dopo la nascita fino alla loro prima giovinezza e, prevalentemente, quelli appartenenti alle classi meno agiate.

Oggi poi la necessità di tali cure elioterapiche — dimostrate ormai senza dubbio di straordinaria efficacia specialmente per opera del Calot e dei suoi allievi a Berck, del Jaubert a Hyères e del Rollier a Leysin, per non citare che alcuni fra i maggiori cultori dell'elioterapia — si fa ancora maggiormente sentire, in quanto, al numero di persone della popolazione civile colpite da forme tubercolari chirurgiche, è necessario aggiungere quello non certo esiguo dei militari nei quali i disagi della guerra, i traumi o le malattie, le sofferenze di una lunga prigionia hanno fatto più facilmente esplodere, qui e là nei vari tessuti ed organi,

focolai di infezione tubercolare, facilmente *ex novo* acquisita oppure già in latenza esistente, per ragioni ovvie di diminuita resistenza organica individuale derivate dalla vita di guerra.

Si assicura che ad oltre 60,000, finora, sommino i militari tubercolosi di guerra ai quali il Governo dovrà prestare le dovute cure. E già rigurgitano di tali pazienti nelle località ritenute più adatte, ospedali-sanatorii, tubercolosarii in parte già esistenti prima della guerra ed adibiti allora al ricovero delle persone tubercolose della popolazione civile, in parte durante la guerra appositamente creati. Di nuovi sanatori da impiantare, pure in locali già esistenti o *ex novo* da costruire, si parla continuamente dato il grande numero di *tubercolosi*, diremo così, *di guerra* e quello dei *tubercolosi civili* (specie donne e bambini) che in Italia è sempre stato alto e che le condizioni speciali derivate dallo stato di guerra certamente non avranno fatto diminuire.

In Francia, in Isvizzera ed in Germania già da tempo funzionano con risultati brillantissimi numerosi istituti elioterapici in vicinanza del mare o in adatti siti di montagna ed altri vanno di continuo sorgendo. È tempo quindi che i grandissimi benefizi di cui è capace l'elioterapia, specialmente nelle forme di tubercolosi localizzata alle ghiandole, alle ossa ed alle articolazioni, ed i quali sarebbe più disonesto che ingenuo disconoscere, siano sfruttati anche in Italia dove, per grande fortuna nostra, il Sole non è per verità avaro della sua luce ed il Mare, oggi più che mai spazioso, lambisce spiagge incantevoli ed ininterrottamente susseguentisi dal Mediterraneo all'ormai *non più amarissimo* Adriatico.

Purtroppo l'elioterapia — intesa nel senso di una vera branca di terapia fisica da coadiuvare con adatte cure ortopediche — è da noi quasi sconosciuta o solo da qualche rarissimo cultore razionalmente e scientificamente applicata: nè temo di offendere la suscettibilità di alcuno esprimendo tale affermazione, poichè a tutti è nota la mancanza di Istituti all'uopo specializzati, se si eccettua la « Villa Helios » sorta in San Remo per la geniale e coraggiosa iniziativa dei professori Dario Maragliano, Della Valle e Andreoni, quello comunale di Genova egregiamente diretto dal prof. Poli e l'altro recentemente inaugurato a Napoli, per merito precipuo del prof. Tropeano e sotto gli auspicii della Direzione di Sanità pubblica (1).

A Marina di Massa, per iniziativa della Croce Rossa Italiana, funziona l'Ospizio Marino « Giuseppe Pisa » capace di 450 letti, destinato alla cura delle tubercolosi chirurgiche dei militari e prevalentemente delle forme ghiandolari, ossee ed articolari (1).

Tentativi, sempre encomiabili ma purtroppo destinati a rimanere tali, sono stati fatti in vari Ospedali di città a volte abbastanza felicemente scelte per la vicinanza al mare o comunque per la dolcezza del clima, tal'altra fatalmente mancanti di ogni elemento il più indispensabile per una vera cura solare. D'altra parte manca da noi anche la speciale cultura e, più che altro, la esperienza pratica nella quasi totalità dei medici i quali, evidentemente non possono applicare un metodo a loro del tutto sconosciuto o solo confusamente percepito attraverso cognizioni teoriche apprese dalla lettura di manuali più o meno chiari e convincenti.

Per fare coscienziosamente dell'elioterapia è necessario anzitutto averla vista applicare con metodo scientifico dai veri cultori specializzati di essa ed averne constatato gli effetti invero mirabili.

Chè se a grandissimo numero di medici italiani sono noti i bei risultati che a Berck ottiene Calot, per essere da noi abbastanza diffuso il suo manuale di « Ortopedia indispensabile ai pratici », non altrettanto sono conosciuti quelli — per me ancora più stupefacenti — che a Leysin ottiene il Rollier con metodi più semplici e forse più razionali. Infatti mentre il Calot alla cura talasso-solare aggiunge, nelle forme ossee ed articolari, quella ortopedica dell'immobilizzazione della parte malata con apparecchi gessati, il Rollier invece esclude assolutamente — salvo in casi particolarissimi — questa seconda pratica e si giova esclusivamente dell'azione della luce e dell'aria, accontentandosi di immobilizzare le parti ammalate mediante l'uso di speciali letti nei quali i pazienti tengono costantemente adatte posizioni sia spontaneamente o con l'aiuto di corsetti, docce, apparecchi di trazione volta a volta, secondo la lesione, a permanenza applicati.

Sarebbe davvero opportuno che la diffusione incontrata nel pubblico medico italiano dal trattato del Calot fosse anche raggiunta da quello non meno interessante e suggestivo del

(1) Di altri Istituti elioterapici si parla; ma trattasi di progetti che attenderanno forse molto tempo per essere eseguiti.

(1) Il collega prof. De Francesco mi fa ora apprendere che anche a Giussano (Alto Comasco) egli dirige un Centro climato-elioterapico pure istituito dalla Croce Rossa Italiana per i militari affetti da tubercolosi chirurgiche. (DE FRANCESCO, *Sulla cura della tubercolosi ossea e gangliare*. Comunicazione al IX Congresso della Soc. Ital. di ortopedia. Milano, novembre, 1918).

Rollier (1) comparso poco prima dell'inizio della guerra e perciò, forse, ancora da noi poco noto.

In questi ultimi anni si è in realtà molto guadagnato, dal lato della conservazione, nel trattamento delle tubercolosi chirurgiche specie per merito del Durante il quale, con il suo metodo di iniezioni iodo-iodurate, ha fatto sì che diminuissero di molto gli interventi cruenti nei casi di tubercolosi delle parti molli (linfo-adeniti, peritoniti, orchiepididimiti, sinoviti, ecc.); ma purtroppo nelle forme ossee, se si eccettua la spondilite, ed in quelle osteo-articolari ancora ha predominio l'intervento cruento che se talora si limita a semplici e, per l'efficacia loro, altrettanto problematici scucchiaiamenti, tal'altra arriva alla mutilante amputazione e molto più spesso alla deformante resezione.

Bisogna pertanto convincere i medici da un lato e le alte autorità del Governo dall'altro che con l'elioterapia si ottengono oggi meravigliosi benefizi di indole *individuale e sociale*: individuale perchè è innegabile la grande percentuale di guarigioni anatomiche e funzionali che l'elioterapia induce negli individuî affetti dalle forme più gravi di tubercolosi ghiandolare, ossea ed articolare, in confronto di quelle che possono ottenersi coi mezzi più o meno conservativi comunemente adoperati. A tali benefizi individuali consegue necessariamente il vantaggio sociale che gli individui curati coll'elioterapia, oltre che guarire delle lesioni locali, acquistano moltissimo nelle loro condizioni generali immagazzinando forti resistenze che permettono ad essi di garantirsi quasi sempre da eventuali recidive *in loco* o a distanza e per cui, una volta abbandonato l'Istituto di cura — dove possono anche essere rimasti due o tre anni — in primo luogo sono in grado di riprendere la propria occupazione, impedendo così la diminuzione del *valore uomo produttivo;* secondariamente non gravano sull'erario familiare, comunale o statale non necessitando oramai di essere ricoverati in luoghi di cura. Noi sappiamo invece a quali ripetuti, lunghi, interminabili periodi di degenza sono spesso obbligati i pazienti affetti da forme tubercolari chirurgiche specialmente ossee; e come questi infelici, dopo parecchi e ripetuti interventi chirurgici, si avviino lentamente ed inesorabilmente verso la fine della loro esistenza, passata quasi per intero nelle corsie ospitaliere, attossicati e resi cachetici dal continuo e lento assorbimento delle tossine tubercolari, alle quali molto spesso si associano quelle dei germi secondariamente impiantatisi nei focolai specifici.

Nè è di poco interesse pure sociale il fatto che limitando di molto e quasi abolendo — con la cura elioterapica — le amputazioni e le resezioni, si viene ad impedire che al numero molto elevato ormai dei mutilati e deformati per traumi di guerra vada continuamente aggiungendosi ancora quello dei deformati e mutilati per lesioni tubercolari.

Ho creduto pertanto doveroso — in un momento nel quale l'Italia, sotto i più fulgidi auspicii di una radiosa vittoria, si accinge ad attuare le più grandi e benefiche riforme in tutto il campo economico e sociale — di levare da queste colonne del *Policlinico* alta una voce di richiamo ed ammonimento la quale additi una delle maggiori necessità da studiare e risolvere, nel campo delle previdenze sociali igienico-sanitarie del dopo guerra.

Pavia, 20 dicembre 1918.

(1) ROLLIER, *La cure de soleil*, Baillière, éditeur, Parigi, **1914**.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

La sintomatologia viscerale nelle malattie nervose.

(F. X. DERCUM. *Journal American Medical Association*, 1918, 13 luglio).

A causa dello sviluppo delle specializzazioni nel campo della medicina, che in questi ultimi tempi è diventato gradualmente più intenso, non sempre i sintomi presentati da un paziente sono apprezzati adeguatamente. Un medico abituato ad osservare quotidianamente da un determinato punto di vista finisce per convergere l'attenzione solo sull'organo o sul gruppo di organi, le cui malattie ha particolarmente studiato e che costituiscono la specializzazione della propria attività professionale.

Gli specialisti delle malattie dello stomaco, del cuore e dell'apparato genito-urinario hanno tendenza ad attribuire rispettivamente ai sintomi a carico di tali organi una importanza preponderante quando essi in realtà nel complesso sintomatico hanno un valore secondario o addirittura trascurabile. Questa tendenza si traduce in errori di giudizî diagnostici e conseguentemente in errori di indirizzo terapeutico, che hanno conseguenze più significative quando si ricorre ad interventi chirurgici inutili o addirittura dannosi. Un tale inconveniente si verifica con maggiore frequenza nel campo della neuropatologia.

Questa branca è troppo trascurata da tutte le categorie di medici, mentre meriterebbe una più conveniente considerazione. Le relazioni tra medicina interna e neuropatologia, tra queste e la chirurgia sono troppo intime perchè si possa consentire ad un medico o un chirurgo l'ignoranza in fatto di malattie del sistema nervoso.

Non è un mistero per nessuno che le malattie nervose, sia funzionali che organiche, sono molto frequentemente accompagnate da sintomi viscerali, che anzi in certi stadî della malattia talora possono costituire l'unica manifestazione della neuropatia.

Le malattie nervose funzionali o neurosi possono raggrupparsi sotto questi quattro tipi: 1° la nevrastenia, la neurosi dell'esaurimento cronico o persistente; 2° la psicastenia, una forma di esaurimento che si aggiunge ad uno stato neuropatico preesistente: 3° l'isteria, la malattia della suggestione; 4° l'ipocondria, una affezione nella quale il paziente, pur non avendo nessun disturbo organico o funzionale, ha la irremovibile convinzione di essere malato.

Il concetto nosologico della neurastenia va ristretto in limiti meno larghi e più definiti di quel che generalmente si faccia. La neurastenia è la neurosi dell'esaurimento. In questa malattia il fatto cardinale è costituito da una deficienza nel sostenere il consumo dell'energia, deficienza che a sua volta è determinata da un eccessivo dispendio di energia sia mentale che muscolare. In determinate circostanze, e le esigenze della moderna civiltà le creano con molta facilità, il sovraffaticamento determina uno stato di cose per cui la quantità normale di riposo e di alimenti non è più sufficiente a ristorare l'organismo e ricondurlo all'equilibrio normale. Così si stabilisce gradualmente un complesso sintomatico ben definito: facile esauribilità, abnorme irritabilità, esagerata reazione agli stimoli. In altre parole insieme all'abbassamento del potere di sostenere il dispendio di energie c'è indebolimento della inibizione.

I sintomi della neurastenia sono motori, sensorî, psichici e somatici. I sintomi motori consistono nella facile esauribilità e quelli sensori sono: senso di stanchezza, molestie e dolori, facile esauribilità ed eccitabilità di alcuni organi come gli occhi. I disturbi psichici della neurastenia sono: la incapacità di sostenere sforzi mentali, la diminuzione della concentrazione dell'attenzione e della spontaneità del pensiero, la irritabilità emotiva, la diminuzione dell'autocontrollo e della inibizione.

I sintomi somatici non sono meno importanti degli altri. Per l'argomento in quistione meritano una speciale considerazione.

Prendendo in esame l'apparato cardio-vascolare si constaterà che sono tutt'altro che rari alcuni disturbi più o meno gravi: lividità e raffreddamento delle estremità, indebolimento del l'impulso cardiaco, modificazioni del ritmo, ed alterazioni nei caratteri e nella frequenza del polso. La deficiente innervazione è dimostrata dalla riduzione generale del tono vascolare, la diminuzione della inibizione dall'aumento della frequenza del polso e dagli accessi di tachicardia provocati da ogni minimo sforzo. Sono ben note le alternative di pallore e di rossore dei neurastenici. Non raramente gli accessi di tachicardia sono associati a disturbi della digestione benchè non dipendenti da questi. Talvolta gli accessi stessi sono molto gravi e sono accompagnati da dolore, per modo che somigliano ad un attacco di *angina pectoris*. Allora l'accesso è preceduto da un senso di angoscia nella regione del cuore, senso di pienezza ed oppressione che può diffondersi a metà della testa e del corpo ed essere accompagnato da senso di soffocazione e difficoltà della deglutizione. Improvvisamente il paziente sente una forte costrizione alla regione precordiale ed il dolore, come nella vera angina, può diffondersi all'ascella ed al braccio sinistro. Sono anche presenti la nausea ed il senso di smarrimento. Il viso è pallido, il polso frequente, piccolo e debole. In pochi minuti, da tre a sei, la faccia diventa rossa, il polso riacquista la sua forza, benchè rimanga ancora frequente, 130-140 battiti al m', ed anche un po' intermittente. Ma ben presto anche la tachicardia scompare, l'oppressione diminuisce e così tutte le altre manifestazioni.

Non meno importanti sono i sintomi dell'apparato digerente. Nella neurastenia può aversi dapprima una semplice sensazione di molestia all'epigastrio, ma con l'andar del tempo si ha una sensazione di peso e di oppressione accompagnata da eruttazioni e da malessere generale: la digestione è lenta, la stipsi è abituale. Si tratta insomma di uno stato di atonia del tubo gastro-intestinale. Non raramente questi sintomi diventano ancora più marcati. Si ha vivo dolore localizzato all'epigastrio ed al dorso nella regione intrascapolare, dolore alla pressione dello stomaco; meteorismo con tutta la sintomatologia dell'ulcera o del catarro gastrico.

Anche i disturbi secretorî che si incontrano nella neurastenia sono in rapporto ad un difetto di innervazione: di ciò è prova la facile sudorazione ad ogni piccolo sforzo e la umi-

dità presso che costante delle mani e dei piedi. Sono ben noti i disturbi sessuali, che sono anche essi l'esponente di una debolezza e di una irritabilità nervosa.

Nei casi del genere adunque non conviene dare ai sintomi locali un valore che non hanno, e non dimenticare l'affezione generale alla quale sono associati. Confondere un attacco di grave neurastenia cardiaca con un accesso di *angina pectoris* mette fuori via per l'indirizzo terapeutico e quindi costituisce uno svantaggio per l'infermo. Conseguenze ancora più nocive si possono avere se si fa diagnosi di una malattia organica dello stomaco, quando i disturbi a carico di questo organo non sono che una parte della sindrome neurastenica.

Un maggiore interesse ancora hanno i fatti viscerali che possono essere occasionati dall'isterismo. È ben noto come oggi in conformità dei postulati di Babinski si abbia tendenza a ritenere che i sintomi di questa malattia abbiano origine nella suggestione. L'isterismo è una neuropatia caratterizzata da un'abnorme suscettibilità alla suggestione, la quale può ordinariamente provenire dall'esterno, ma può avere anche la sua origine nelle impressioni provenienti dallo stesso organismo. Da ciò deriva che l'isteria è una condizione organica innata: tutte le altre cause possono avere una importanza affatto occasionale per svelare i varî sintomi di essa.

Tra i sintomi viscerali dell'isterismo ve ne sono a carico del tubo digerente, dell'apparato cardio-vascolare e respiratorio e di altri sistemi assumendo talora delle forme più o meno simili a quelle di malattie organiche.

Tra i più comuni sintomi a carico dell'apparato digerente vanno notati la mancanza di appetito, il disgusto degli alimenti, il vomito. È notevole il fatto che malgrado la gravità di tali sintomi il più delle volte il paziente non dimostra affatto o solo un leggero deperimento della nutrizione generale: non si può escludere che il paziente si alimenti di nascosto. Talvolta si ha dolore gastrico e vomito sanguinolento per modo che si ha la sintomatologia dell'ulcera gastrica. Al riguardo bisogna osservare che il sangue che si trova nel contenuto del vomito può essere determinato da una lesione volontaria delle gengive o anche dalla lacerazione dei capillari dell'esofago e dello stomaco stesso in seguito ai ripetuti sforzi di vomito. Nell'isteria si hanno disturbi circolatorî come disturbi del ritmo cardiaco, arrossamenti e pallori locali o altri fenomeni vasomotorî. Come fenomeni respiratorî si hanno sternuti, tosse, grida strane ed apparentemente involontarie, rumori di vario genere, afonia ed altri sintomi spesso associati come il mutismo e l'afasia spuria. Come disturbi degli organi secretorî si può avere poliuria ed anuria ed oltre a ciò varie anomalie della funzione genitale.

Molto più importanti sono le manifestazioni dolorose le quali più o meno efficacemente possono simulare malattie organiche. Si tratta delle stigmate dolorose che sono tra i fenomeni più frequenti della isteria. Benchè la loro natura ed il loro significato sia stato da tempo esattamente riconosciuto, pure non è raro il caso che essi vengano erroneamente interpretati e diano luogo ad interventi chirurgici inutili o dannosi. Per dolori di natura evidentemente isterica localizzati agli inguini, nella fossa iliaca o in altre parti dell'addome si fa diagnosi di ovariti, salpingiti, appendiciti, colecistiti e simili, sottoponendo le pazienti ai relativi trattamenti chirurgici.

I dolori dell'isteria si distinguono da quelli delle malattie viscerali per il fatto che sono superficiali e quindi l'area dolorosa può essere localizzata nel tratto di cute che può essere stretta tra le dita dell'esaminatore, e per il fatto che il dolore di solito scompare con la pressione profonda specialmente quando questa è fatta in modo graduale. In ogni caso insieme ai dolori esistono altre manifestazioni dell'abito isterico che nei casi sospetti vanno accuratamente ricercate, tenendo sempre presente che la caratteristica essenziale di questi infermi è la suggestibilità. Questo carattere va tenuto in considerazione non solo come elemento diagnostico, ma anche per evitare che l'esaminatore a mezzo della suggestione possa indurre altre manifestazioni morbose.

Per quel che riguarda la psicastenia, che è una neurosi costituita da due fattori, una preesistente costituzione neuropatica ed un sovrapposto esaurimento nervoso, il quadro sintomatico può essere molto complicato. In ogni modo i fenomeni viscerali raramente assumono una importanza tale da dominare il quadro sintomatico. In genere la sintomatologia viscerale della psicastenia è simile a quella della neurastenia.

Nella ipocondria, che una neurosi caratterizzata dalla convinzione irremovibile di essere malati mentre si è in perfetto stato di salute somatica, le ingiustificate lamentele del paziente possono condurre ad una erronea diagnosi di malattia organica. L'attenzione degli ipocondriaci è per lo più concentrata sullo stomaco, sul fegato o sul tratto intestinale, ma talvolta anche gli organi genitali e pelvici possono costituire l'oggetto della nosofobia.

Anche nelle malattie organiche del sistema

nervoso si possono avere disturbi, come dolori, vomito ed altri sintomi riferiti ai visceri, i quali, quando non siano giustamente apprezzati, possono condurre ad una diagnosi errata. Talvolta infatti accade che le crisi viscerali, dipendenti da lesioni radicolari della paralisi progressiva e della tabe, sono interpretate come manifestazioni di malattie dello stomaco o di altri organi. E così accade che il vomito dipendente da un tumore cerebrale possa essere attribuito ad un'affezione gastrica.

Da questo come da altri innumerevoli esempi scaturisce come conclusione la necessità che in ogni caso di dolori o in genere di disturbi viscerali di interpretazione non chiara, sia fatto un accurato esame neurologico. Occorre tener presente che tra sistema nervoso ed organi della vita vegetativa esistono intimi rapporti anatomici e funzionali, e che perciò ogni alterazione dell'uno può avere un riscontro nella funzione degli altri. Conseguentemente i disturbi degli organi della vita vegetativa oltre che con lesioni locali possono essere in rapporto con alterazioni funzionali o organiche del sistema nervoso. Da ciò la necessità che nell'apprezzamento diagnostico di certi disturbi viscerali sia tenuto conto di un eventuale elemento nervoso. DRAGOTTI.

CHIRURGIA.

La pancreatite acuta.

(J. B. DEAVER. *Annals of Surgery*, sett. 1918).

La diagnosi di pancreatite è raramente fatta prima dell'operazione. Varie ragioni possono spiegare il fatto: l'affezione è relativamente rara (quantunque meno di ciò che si creda); non vi sono sintomi patognomonici; le condizioni, spesso gravissime, del paziente richiedono un intervento immediato, senza permettere un esame clinico completo.

Inoltre la pancreatite acuta è spesso associata ad altre gravi lesioni addominali: colecistite, ulcera gastrica o duodenale perforata, appendicite. Non raramente l'errore di diagnosi è fatto con l'ostruzione intestinale, tanto più che il dolore, anche nella pancreatite acuta, può essere localizzato in varie parti dell'addome; di regola tuttavia è riferito alla regione epigastrica, piuttosto verso sinistra, ed assurge d'improvviso ad una intensità estrema, fatto che di solito non si avvera nell'ostruzione intestinale, in cui il dolore, da prima intermittente, cresce a gradi. Nei casi iperacuti di pancreatite si può avere *shock* grave, talora rapidamente mortale. Per la diagnosi avrebbero anche importanza il così detto *punto pancreatico* di Desjardin (maggiore dolorabilità su di un punto della cute corrispondente allo sbocco del dotto di Wirsung) e quello di Mayo-Robson (10 cm. sopra l'ombellico). Talora il dolore è riferito alla regione appendicolare, ed è probabilmente dovuto alla distensione del peritoneo infiammato, e alla diffusione dell'essudato nella regione cecale. (L'A. cita a proposito il caso di De Groot ed uno personale, in cui il paziente fu operato per una supposta appendicite, mentre si trattava di una pancreatite).

Il vomito è uno dei sintomi più costanti, ed è persistente; negli stadî più avanzati della malattia può assumere carattere fecale; il singhiozzo è frequente.

La costipazione non è completa. Manca una vera difesa addominale. La dolorabilità alla palpazione dell'angolo costo-vertebrale sinistro indica una lesione del corpo del pancreas e sopratutto della coda. Scarso il meteorismo.

Il polso è frequente e piccolo; la febbre è scarsa o assente, o v'ha ipotermia. Abbastanza frequente è la cianosi, talora con una tinta giallastra. Esiste polinucleosi neutrofila.

Come fattori predisponenti alla pancreatite si citano l'alcoolismo e l'obesità; assai spesso sono preceduti attacchi di dolori epigastrici, considerati come coliche biliari. Ed invero, in un gran numero di casi di calcolosi biliare, il pancreas viene secondariamente colpito: l'infezione si propaga traverso le anastomosi linfatiche retroperitoneali. Anche in casi di ulcera gastrica o duodenale, o di affezioni coliche o appendicolari, o anche di lesioni flogistiche più lontane, i germi arriverebbero al pancreas per la via dei linfatici.

La pancreatite acuta è un'affezione eminentemente chirurgica: l'intervento ha lo scopo di diminuire la tensione nella ghiandola stessa, favorendo il ristabilirsi del circolo, e di drenare i succhi e gli essudati così deleterî. Le aree tipiche di steatonecrosi (lesione anatomo-patologica, che conferma la diagnosi, non appena aperto l'addome) sono dovute all'azione combinata della lipasi pancreatica e della tripsina. L'importanza del fermento proteolitico, in rapporto alla pancreatite, è stata solo recentemente riconosciuta; ad esso sono probabilmente dovute le emorragie, così spesso osservate. Per cause traumatiche o flogistiche la tripsina (protripsina) sarebbe attivata nella ghiandola stessa, acquistando *in situ* le sue proprietà digestive e distruttive.

La tossiemia, che si osserva negli affetti da pancreatite acuta, potrebbe essere dovuta a derivati tossici dell'azione proteolitica della tripsina stessa.

Il chirurgo deve essenzialmente provvedere a drenare il pancreas, poichè la resezione parziale, che Sweet ha praticato con successo negli animali, non è ancora entrata nel dominio della clinica.

È discutibile se il chirurgo, nei casi non gravissimi, deve occuparsi delle sole lesioni pancreatiche o anche di quelle associate (specialmente biliari). Su 15 casi operati dall'A. dal 1913, in tre fu solamente drenato il pancreas (tre guarigioni); in tre altri drenaggio del pancreas e colecistostomia (due guarigioni e un morto); in un caso pancreatostomia e colecistectomia (morte); negli altri otto casi il pancreas non fu toccato, mentre venne drenata la cistifellea in sei casi (cinque guarigioni), e in due questa venne asportata e il coledoco drenato (una guarigione). La mortalità in questa serie di casi, corrispondente al 26.6 %, è assai minore di quella avuta in una serie precedente, e che ascendeva al 54 %.

Per ciò che riguarda il tempo dell'intervento l'A. non è d'avviso di operare subito i pazienti, che si trovino in stato di *shock* profondo, ma di mettere prima in pratica le misure per migliorare lo stato generale. Come regola generale però l'operazione di urgenza s'impone.

Se il pancreas contiene focolai emorragici ed essudativi, questi devono essere svuotati e tamponati. La via per raggiungere la ghiandola può essere extraperitoneale (traverso una incisione lombare) o transperitoneale. La via extraperitoneale è indicata principalmente se è colpita la coda del pancreas, o se esistono sintomi di una raccolta, che tende a estrinsecarsi verso la regione lombare; la via transperitoneale permette un esame più accurato della ghiandola, ed è specialmente indicata nei casi iniziali, specie se la diagnosi è dubbia. Il pancreas può esser raggiunto traverso il grande omento, o il piccolo omento, o il mesocolon trasverso. Se esiste liquido libero nella cavità addominale, bisogna rimuoverlo accuratamente, perchè molto tossico. In questi casi è indicato il drenaggio pelvico.

Una delle più frequenti e spiacevoli complicazioni postoperative è lo stabilirsi di fistole pancreatiche: il secreto, che ne fuoriesce, erode la pelle all'intorno, se questa non viene ben protetta. Per affrettare la chiusura di queste fistole è necessario limitare l'attività del pancreas, facendo osservare al paziente una dieta antidiabetica, sul genere di quella di Wolgemuth.

L'A. chiude il suo articolo citando le storie dei due più recenti casi di pancreatite da lui operati, secondo i criteri sopra esposti.

A. CHIASSERINI.

MEDICINA.

Sull'antagonismo della clorosi e l'osteomalacia, come espressione di ipo- e ipergenitalismo.

(NAEGELI. *Münch. med. Wochenschrift*, 1918, pag. 609).

Il Naegeli ammette l'esistenza di un vero e proprio antagonismo tra la clorosi e l'osteomalacia.

Infatti nella clorosi si ha ipofunzione delle glandule genitali, mentre nella osteomalacia si ha iperfunzione di esse.

La possibilità di gravidanze è diminuita nella clorosi, aumentata nella osteomalacia.

I mestrui sono scarsi o mancanti nella clorosi, abbondanti nella osteomalacia.

Il pigmento dei surreni è assai scarso nella clorosi, assai forte nell'osteomalacia.

La pelle ha il colore dell'alabastro e presenta scarso eritema solare nella clorosi, mentre mostra intenso cloasma, in seguito a parti, nell'osteomalacia.

Le paratiroidi sono normalmente funzionanti nella clorosi, disfunzionanti (iperfunzione o ipofunzione) nell'osteomalacia.

Il sistema scheletrico è bene sviluppato nella clorosi, gracile nell'osteomalacia.

Il sistema muscolare vigoroso nella clorosi, appare debole, atrofico o degenerato in grasso nell'osteomalacia.

Il ricambio minerale attivo nella clorosi è negativo nell'osteomalacia.

Il sistema nervoso dimostra apatia, catatonia, stanchezza nella clorosi, irritabilità (psicosi) nell'osteomalacia.

Tremori mancano nella clorosi, sono presenti nell'osteomalacia.

I riflessi normali nella clorosi, sono aumentati, sino agli spasmi, nell'osteomalacia.

Il midollo osseo mostra ipofunzione e spesso anche torpore nella clorosi, presenta invece iperplasia con iperfunzione fino alla poliglobulia nell'osteomalacia. Secondariamente però si ha esaurimento.

Il siero sanguigno idremico nella clorosi e con colorito abnormemente chiaro, è ben concentrato e normalmente colorato nell'osteomalacia.

Il contenuto del siero in globuline e albumine quasi normale nella clorosi, presenta un aumento delle globuline nell'osteomalacia.

Le piastrine quasi sempre aumentate nella clorosi, sono spesso diminuite nell'osteomalacia.

L'anemia, che è primaria con indice colorimetrico basso nella clorosi, è secondaria nell'osteomalacia, senza notevole abbassamento dell'indice di colorazione.

Il fatto però che non in tutti i casi si possono

riscontrare delle differenze così marcate, è dal Naegeli spiegato riferendosi alla comparsa di entrambe le malattie in periodi diversi di vita. Infatti è noto che la costituzione endocrina di un individuo varia nelle diverse età. In conclusione, Naegeli ritiene che tale antagonismo tra la clorosi e l'osteomalacia dipenda da una ipo o iperfunzione delle glandule genitali.

F. FULCI.

Sulla sintomatologia della osteomalacia, considerata come affezione endocrina pluriglandolare.

(NAEGELI. *Münch. med. Wochenschrift*, 1918, pag. 585).

In base ad una lunga serie di accurate ricerche, esclude il Naegeli che la osteomalacia possa essere considerata come una malattia del sistema endocrino. *Egli la ritiene una pura affezione del midollo osseo.*

Recklinghausen aveva introdotto l'espressione di una *trofoneurosi*, cui si era associato Fehling, ammettendo una *trofoneurosi congestiva* originatasi dalle ovaie.

Thorn aveva parlato di una *trofoneurosi riflessa.* Naegeli esclude che in questa malattia si abbiano alterazioni dipendenti da congestioni trofoneurotiche e considera l'espressione di uno stimolo riflesso come dipendente da una erronea interpretazione della parola *riflesso.*

Anche di una neurosi non è il caso di parlare. Ciò che è caratteristico per Naegeli è che quasi tutte le malattie da alterata secrezione interna furono dapprima considerate come *neurosi* e quindi come *trofoneurosi.*

Neusser aveva ritenuto probabile che l'eosinofilia stesse in rapporto con il simpatico; ma la base e la spiegazione di ciò stanno — secondo il Naegeli — molto lontano dai limiti della probabilità.

Pommer aveva considerato l'osteomalacia come un'affezione del sistema nervoso centrale e recentemente Falta aveva ritenuto ciò come probabile. Ma tali interpretazioni non sono — secondo l'autore — assolutamente fondate; esse sono in completa contraddizione con l'intiero quadro clinico della malattia.

F. FULCI.

Sul significato delle modificazioni del midollo osseo e del sangue per la patogenesi dell'osteomalacia.

(NAEGELI. *Münch. med. Wochenschrift*, 1918, pag. 551).

Le osteomalacie, non molto gravi e che non decorrono molto acutamente, dimostrano un aumento del contenuto emoglobinico del sangue e del valore globulare, e talora anche un aumento dei leucociti, dei mielociti e degli eosinofili.

Invece nelle forme croniche, nelle acute e gravi, si può riscontrare un'intensa anemia associata ad un torpore gravissimo del midollo osseo.

Questi reperti, secondo Naegeli, sono in rapporto con i dati clinici ed anatomo-patologici, secondo i quali nell'osteomalacia si verifica dapprima un'iperplasia del midollo osseo, cui segue secondariamente un esaurimento della sua attività.

Le modificazioni del midollo osseo nell'osteomalacia sono quindi da mettersi sicuramente in rapporto con le alterazioni del sangue.

F. FULCI.

TECNICA.

Per la diagnosi di presenza dell' "albume urologico".

(CANTELLI O. *Riforma Medica*, 4 ottobre 1918).

L'A., considerando quanta e quale possa essere l'importanza della diagnosi sicura di presenza dell'*albume urologico*, passa in rivista i più comuni metodi di ricerca, sino ad oggi adoperati, cominciando dal più semplice e più antico, il calorico, a quelli più complessi, escogitati tutt'affatto recentemente e che pretenderebbero di svelare l'albume in tracce infinitesimali.

Ricorda poi alcuni studi da lui fatti fin dal 1910 in riguardo ad un gruppo di sostanze da lui riscontrate in certe urine e studiate sotto l'aspetto chimico, patogenetico e clinico, che possono assai facilmente, per le loro reazioni, confondersi coll'*albume urologico.* Mette poi in evidenza gli studi di altri AA. fatti sul così detto albume acido-solubile, e quelli riguardanti i corpi mucoidi, la nucleo-albumina, e l'albumina non retrattile.

Egli, dopo indagini fatte su urine fresche e sulle medesime abbandonate a sè stesse per un tempo più o meno lungo, giunge alla conclusione che nessuno dei metodi oggi adoperati nella pratica giornaliera, siano o non siano sensibili, è capace di dirci in modo semplice ed assoluto una parola definitiva sulla presenza dell'*albume urologico.* Mentre infatti, alcuni, come quelli dati per maggiormente sensibili, hanno l'inconveniente di non reagire esclusivamente colle varie albumine che formano il così detto *albume urologico*, altri, come ad es. quello di Heller, che ne sono caratteristici, si presentano troppo poco sensibili o, come quello di riduzione di volume delle urine, troppo lunghi e complessi ed inadope-

rabili nella pratica corrente. Perciò l'A. ha creduto di esporre un suo metodo ch'egli adopera già da parecchi anni con buon risultato, poichè, mentre si presenta abbastanza sensibile, è anche patognomonico.

Egli consiglia: di fare un saggio preventivo con acido acetico glaciale a freddo. Se subito o dopo un po' vi ha intorbidamento si filtra ed il liquido filtrato limpido si neutralizza con soluzione di carbonato di soda od anche di idrossido di sodio.

A questo punto, procedendo nell'identico modo anche per le urine che non danno reazione coll'acido acetico glaciale a freddo, si prendono almeno 200 cmc. di liquido, si acidificano leggermente con acido acetico allungato e si fanno bollire. Se ne fanno poi due parti, una di 50 cmc., ed una di 150. Nella prima, passata per filtro a pieghe e resa perfettamente limpida, si ricerca l'albumina acido-solubile o per mezzo dell'acido tricloroacetico o coll'aggiunta di una soluzione concentrata di cloruro di sodio. Della seconda, abbandonata a sè stessa per parecchie ore, previa aggiunta, se v'è bisogno, di qualche altra goccia di acido acetico allungato, si raccoglie il precipitato su piccolo filtro. Si lascia poi il filtro a se stesso per circa 24 ore sino a che sia ben asciutto ed il precipitato, polverulento o lamelliforme, acquisti un colore bruno-grigiastro o roseo. Si lava poi ripetutamente con acqua fredda e caldissima, con alcool ed etere. Se nel filtro rimane un residuo bruno polverulento o lamelliforme, si è sicuri di trovarsi in presenza di *albume urologico.*

Eliminazione per le urine e ricerca delle spirochete nelle spirochetosi itterigene.

Tra tutti i mezzi di indagine a scopo diagnostico, la ricerca nelle urine della spirochete di Inada ed Ito nelle sindromi infettive itteriche è il più pratico. Solo bisogna conoscere esattamente e la morfologia della spirochete, e la tecnica di ricerca, e il modo di eliminazione, perchè le conclusioni possano essere utili.

Secondo Garnier e Reilly (*La Presse Méd.*, 3 ottobre 1918) bisogna disporre di 10 o 12 cmc. di urina asetticamente prelevata e centrifugata. Nel deposito ottenuto con la centrifugazione *si può ricercare la spirochete* col metodo dell'inchiostro di China, ma cause di errore sono legate alla presenza di figure sul tipo della spirochete prodotta dall'inchiostro di China per sè. Col rosso Congo al 2 % si ottengono spesso degli ottimi preparati. Una goccia della soluzione di fresco preparata si versa su una goccia del sedimento e si distende su un vetrino qualche goccia di alcool cloridrico al centesimo, che fa virare il preparato al *bleu*. L'inconveniente del metodo è dato dai precipitati che alcune urine dànno in presenza della soluzione del rosso Congo.

Le colorazioni col panchron Laveran, col bieosinato di Trobondeau, col liquido di Giemsa dànno delle figure troppo pallide e difficili a riconoscere in mezzo ai detriti delle urine.

Gli stessi appunti si possono fare al metodo della tanninfuxina. Con la largina o con l'albuminato d'argento si ottengono invece i migliori preparati facilmente lèggibili, o seguendo il processo di Fontana-Tribondeau al nitrato d'argento ammoniacale.

Nei primi giorni della malattia la spirochete non si ritrova nelle urine: *l'eliminazione* comincia verso l'8° o il 10° giorno, cioè dopo 3-7 giorni dalla comparsa dell'ittero: su 22 esami, 3 risultati positivi. Verso il 12° giorno la frequenza del reperto aumenta; ma al 15°-23° giorno la ricerca è più facilmente positiva; tuttavia non è costante e un solo esame negativo non deve esser considerato come decisivo.

Le spirochete divengono quindi a grado a grado più rare, poi l'eliminazione di rari parassiti può divenire intermittente, infine l'eliminazione cessa (20°-25° giorno della malattia).

Eccezionalmente la spirochete si può ritrovare nelle urine al di là di questo periodo fino al 100° giorno.

L'*aspetto morfologico* è variabile col momento dell'eliminazione: nel primo periodo essa si presenta appena ondulata, talora rettilinea, ad estremità ricurvate, da rassomigliare ad un *C* o ad una *S*. Durante l'eliminazione massiva l'aspetto è lo stesso, ma i parassiti sono riuniti in ammassi, quasi agglutinati, o agglomerati in ammassi filamentosi.

Nel terzo periodo dell'eliminazione scarsa o intermiettente esse presentano talora una o due ondulazioni irregolari nella parte mediana, talora sono filamentose. Nelle forme con ittero intenso e prolungato esse terminano talora con una bolla chiara, talora hanno forma alterata, degenerata a contorno mal delimitato. Se l'eliminazione si prolunga per molto tempo, si possono vedere delle forme flessuose con ondulazioni più o meno fini.

Le spirochete non patogene, riscontrate nelle urine di individui sani e malati, si presentano sotto due differenti aspetti: o hanno forma ondulata a spire fini e numerose (smegma), o hanno un aspetto molto simile a quello di Inada ed Ito; solo le estremità sono più ricurve ad uncino e la parte media è più o meno irregolarmente ondulata (si riscontra specialmente nelle infiammazioni del glande).

Secondo gli AA., ad evitare tali cause di er-

rore è sufficiente raccogliere le urine con ogni precauzione, previo lavaggio del meato uretrale.

Le prove istituite per *saggiare sperimentalmente la virulenza delle spirochete delle urine* mostrano che le cavie sono facilmente infettabili con le inoculazioni del sedimento di urine provenienti da malati dal 15° al 23° giorno; purchè l'inoculazione sia fatta quando il saggio microscopico rivela la presenza di spirochete.

Quando l'urina contiene spirochete alterate, o la cavia resta indenne, oppure contrae un ittero lieve, da cui può guarire. La virulenza delle urine è in parallelismo con l'eliminazione della spirochete.

Lo studio anatomo-patologico dei reni permette di rendersi conto del *meccanismo di eliminazione* dei parassiti. All'inizio dell'ittero essi si trovano raggruppati intorno ai tubuli contorti, quindi li attraversano e le spirochete alla sezione si trovano nell'interno dei cilindri, o nel lume del canale. I glomeruli non ne contengono mai. Anche le *lesioni anatomiche* sono *tubulari* e *non glomerulari*, simili a quelle che si riscontrano nelle lesioni renali da spirochetosi sifilitica.

t. p.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

DIAGNOSTICA.

La prova dell'atropina e suo valore diagnostico nel tifo.

La prova che dovrebbe portare il nome di Marris, dall'A. che l'ha proposta, consiste nell'iniezione di gr. 0.015 di solfato d'atropina; mentre nell'individuo normale essa produce una accelerazione del polso di 20 a 40 al minuto, nel tifoso non determina che una accelerazione quasi insignificante (10 pulsazioni al minuto ed anche di meno).

E. Mason (*The arch. of intern. medic.*, gennaio 1918) ha assoggettato la prova ad un largo controllo clinico: 109 malati di cui 63 tifosi accertati. I risultati complessivi che l'A. ha ottenuti sono favorevoli alla prova, fino al punto da farla considerare come un segno di grande valore diagnostico. Compare nei tifosi verso il 10° giorno di malattia, e si dilegua verso la fine della 4ª settimana. I tifosi reagiscono con una accelerazione del polso appena apprezzabile, e non presentano alcun altro segno; mai, p. es., dilatazione pupillare. In 11 casi la reazione fu negativa, ma la prova fu eseguita o troppo precocemente o tardivamente. Anche nelle forme paratifose la reazione risponde con eguale sicurezza. Nei vaccinati la reazione si mostra positiva per quattro settimane dopo la vaccinazione.

Nei non tifosi la prova è generalmente negativa: i pazienti rispondono alla inoculazione dell'atropina, oltre che con una notevole accelerazione del polso, con secchezza della gola, con dilatazione pupillare.

Circa la specificità della prova, su tutti i 109 malati, solo in 3 non tifosi (1 meningitico, 1 diabetico, 1 bronchitico) la prova è risultata positiva.

t. p.

CASISTICA.

L'atonia cecale post-tifosa.

È ben noto che in seguito alla infezione tifosa possono aversi disturbi intestinali di varia natura: in genere manifestazioni reattive di una irritazione cronica dell'intestino: diarrea, mucorrea, stipsi. Possono anche aversi crisi dolorose o accensioni febbrili, che talvolta sono cagione di errori diagnostici e confusioni con infezioni occulte o appendicite, e che possono trovare la loro origine in una colite più o meno diffusa e più spesso ancora in una infiammazione elettiva del cieco. La localizzazione cecale è già per sè stessa una complicazione ed una persistentissima complicazione del tifo addominale. E ad essa il più delle volte sono dovute la diarrea, la mucorrea o la stipsi che possono seguire alla infezione tifosa. Clinicamente è « accompagnata » da gorgoglio; radiologicamente si trova dilatazione. Si tratta di un'atonia in cui le lesioni della mucosa e della sottostante musculare hanno la stessa parte che hanno quelle dello stomaco nelle dilatazioni di quest'organo consecutive a gastriti infettive.

Loeper (*Lancet*, 21 settembre 1918) così riassume la sintomatologia dell'atonia cecale: I primi sintomi di quest'affezione si hanno nelle prime settimane successive al tifo, talora al cadere della febbre, talaltra quando s'incominciano ad ingerire i primi alimenti solidi. Il sintomo più importante è la diarrea: le feci sono liquide o semi-liquide, schiumose, fetide e contengono poco muco, raramente bile, mai sangue. La diarrea si ha al mattino o per lo più subito dopo i pasti ed è un riflesso gastrocolico di un intestino irritabile.

Come avviene di solito nelle affezioni coliche, la diarrea è spesso seguita da stipsi, che però può essere interrotta ogni quattro o cinque giorni da crisi di diarrea o di mucorrea.

Quando si ha mucorrea le feci sono miste a fiocchi o piccole membrane di muco: mai si hanno larghe falde come nella colite diffusa.

La diarrea, la stipsi e la mucorrea di solito non sono accompagnate da dolore, ma nel corso della digestione si può avere un dolore al cieco, il quale quando assume un carattere di crampo o di dolore espulsivo denota l'estensione del processo al colon e quando è accompagnato da benessere denota la compartecipazione del retto.

Alla palpazione si trova, alla fossa iliaca destra, il cieco molle o leggermente resistente, per lo più gorgoglio e qualche volta anche guazzamento che può essere così marcato da rassomigliare alla succussione gastrica e dar motivo di confusione quando lo stomaco è molto dilatato.

Un fatto importante si è che nel corso dell'affezione possono aversi delle crisi di acutizzazione. Si possono avere crisi di dolore e febbre consecutive indifferentemente alla diarrea, alla stipsi ed alla mucorrea. Il dolore scoppia improvviso ed è caratterizzato da un senso localizzato di tensione: è accompagnato da nausea e vomito. È possibile la confusione con l'appendicite. Le crisi durano tre giorni. Dopo, la regione rimane sensibile per un certo tempo; in capo a due o tre mesi, o anche prima, si ha una nuova crisi. Durante la crisi si può avere lieve itterizia, indacanuria, urobilinuria, respirazione breve, polso debole, regione cecale sensibile, colon contratto, feci più fetide.

Il trattamento medico dell'atonia cecale posttifosa consiste nella somministrazione di 3 gr. di bismuto un'ora e mezza prima di ciascun pasto e di 0.1 a 0.15 gr. di collargolo al giorno. Giovano come analgesici e antispasmodici i suppositorî di ittiolo e tannino con o senza belladonna, i lavaggi con collargolo o bicarbonato di soda. La dieta dovrebbe essere a base di latte e farinacei. Giovano i fermenti lattici. Durante le crisi sono indicati leggeri purganti di solfato di soda a dosi refratte.

Ma il trattamento medico può riuscire inefficace in alcuni casi, che d'altra parte per la gravità e la frequenza delle crisi possono assumere un carattere di particolare malignità. Allora conviene ricorrere all'intervento chirurgico. La cecostomia o l'appendicocecostomia non sempre danno buoni risultati. E meglio ricorrere senz'altro alla ileo-, colo- o sigmotomia con resezione del cieco e di una più o meno grande parte del colon ascendente e trasverso.

DR.

Peritonite tubercolare.

La peritonite tubercolare (W. J. MAYO. *Journal of American Association*, 4 luglio 1918) riconosce la sua origine in qualche focolaio infettivo locale. I più comuni si riscontrano nelle tube falloppiane, in qualche tratto del tubo intestinale oppure, specialmente nei bambini, nelle ghiandole e nei vasi linfatici. Qualche volta il focolaio può risiedere nello stomaco, nel fegato, nella milza, nella vescica o nell'apparato genito-urinario.

Il considerare la peritonite tubercolare come una entità a sè ed il trattarla come tale non può che ingenerare confusione, mentre quando la si tratti come un processo secondario dovuto a qualche focolaio infettivo, la cura diretta contro quest'ultimo condurrà certamente a buoni risultati.

L'A., dopo aver citato diversi casi di peritoniti guarite con la cura chirurgica del focolaio, considera la cura della peritonite tubercolare mediante la semplice laparotomia. L'efficacia di questo trattamento è forse stata esagerata. Esso è controindicato nel caso di aderenze estese e va praticato solo nella forma ascitica. In generale però si deve ritenere che il processo tubercolare non tende a dare aderenze; se queste vi sono vanno attribuite ad infezioni miste.

L'A. sconsiglia recisamente il drenaggio dopo la laparotomia.

Facilmente confusa con la peritonite tubercolare è la poliorromenite o malattia di Concato (polisierosite proliferativa cronica): salvo il beneficio temporaneo, provocato dalla sottrazione di liquido, la laparotomia non ha in tale caso alcun valore. *ini.*

Sifilide gastrica.

Le forme cliniche di questa affezione sono diverse e variano da una dispepsia banale, a tipo ipo- o ipercloridrico, fino a simulare l'ulcera e specialmente il carcinoma gastrico, con localizzazione di solito al piloro; in queste forme a tipo canceroso, il chimismo gastrico prende il tipo di anacloridria.

Secondo la classificazione di Carman si possono avere le manifestazioni seguenti: 1° Gastrite specifica semplice; 2° Ulcera sifilitica; 3° Gomme con iperplasia o formazione di tumori.

Brugs e Schneider hanno osservato 106 casi di sifilide con segni gastrici; fra questi, 3 avevano un tumore sospetto, 16 ipercloridria, 24 achilia, 33 crisi gastriche, 18 ipermotilità, 13 ulcera. Le lesioni ulcerose sifilitiche, di solito con iperacidità, si distinguono per la loro particolare ostinatezza al trattamento abituale. Nel caso di sifilide terziaria, può osservarsi la presenza di tumori palpabili: l'achilia, la

perdita di peso, l'anemia, possono sviare la diagnosi.

È solo nel 2° e nel 3° tipo che l'esame ai raggi X presenta un grande interesse. Differenti sono le opinioni, circa la frequenza della sifilide gastrica; alcuni ritengono che questa rappresenti il 10-20 % di tutte le ulceri gastriche, mentre altri ritiene che tutte le ulceri gastriche abbiano origine luetica. Le difficoltà che si incontrano nella diagnosi differenziale fra l'ulcera peptica comune e la sifilide gastrica, costringono a tenere gran conto degli antecedenti dell'infermo e dei risultati positivi che si ottengono con la medicazione specifica, evitando l'intervento chirurgico. (B. A. Bullrich e H. Dasso. *Rev. de l'Ass. medica argentina*, giugno 1918). FIL.

TERAPIA.

Gli effetti del fosforo sull'accrescimento delle ossa sane ed ammalate.

Dal tempo dell'opera sperimentale di Wegner (1872), che dimostrò l'influenza del fosforo sull'accrescimento delle ossa negli animali, esso è stato usato più o meno estesamente come agente terapeutico nei disturbi dell'ossificazione. Non vi è però nessun dato che dimostri l'effetto di tale medicamento nelle ossa umane.

D. B. Phemister (*Journ. of the American medical Assoc.*, 8 giugno 1918), dopo aver passato in rivista le opinioni di diversi autori in proposito, riferisce alcuni casi clinici da lui seguiti e studiati con i migliori mezzi, specialmente con la radiografia.

Risulta che il fosforo agisce sulle ossa normali dei bambini, allo stesso modo di quello descritto da Wegner con le esperienze sugli animali. Specialmente notevole è l'effetto sull'accrescimento encondrale dell'osso. Non potè rilevarsi alcun definito accrescimento trasversale; se però questo fosse stato leggero, sarebbe sfuggito per la stessa tecnica radiografica.

Alcun tempo dopo che è cessata la somministrazione del fosforo vi è una sopraproduzione dell'osso, nella regione sopraepifisaria della diafisi, dovuta o all'effetto cumulativo del fosforo, o all'influenza stimolatrice delle riserve eccessive di calcio nell'osso vicino.

Quando si giudichi dagli effetti generali, il fosforo, se è somministrato precocemente nelle fratture durante il periodo attivo di riparazione, stimolerebbe la formazione del callo e l'ossificazione. Quando però le ossa non sono unite e gli impulsi naturali riparatori sono esauriti, poco si può sperare dall'uso del fosforo.

Gli studi radiologici delle ossa durante la somministrazione del fosforo nella rachitide dimostrano che esso esercita un notevole effetto stimolante sulla produzione dell'osso, e quindi sull'accumulo del calcio nelle zone di accrescimento normale.

Nello stadio florido della rachitide i tessuti ossei hanno perduto il potere di depositare i sali di calcio; siccome probabilmente il fosforo non può ridonare tale capacità, non si dovrebbe scoprire alcun effetto apprezzabile per la somministrazione di fosforo, sebbene esso possa aumentare la quantità di tessuto osteoide formato. Durante lo stadio di guarigione, quando incomincia a ritornare la capacità di depositare i sali di calcio, il fosforo stimolerebbe la formazione di tessuto osteoide ed aumenterebbe la quantità di tessuto osteoide formato. Durante tale stadio, la rapida ossificazione del tessuto osteoide accumulato nelle metafisi, nel periodo florido, dà luogo a quadri radiologici, che rassomigliano moltissimo a quelli prodotti dal fosforo nelle ossa normali. *ini.*

Trattamento delle emorroidi.

Se vi è tendenza a lievi emorragie, Hare (*Medical Record*, vol. 92, n. 22) consiglia la formola seguente: Acido gallico *gr. 1.3;* estratto d'oppio *ctgr. sei;* estratto di belladonna *ctgr. dodici;* burro di cacao q. b. per dieci suppositori; da applicarne uno ogni notte; oppure può usarsi un clistere di 30-60 gr. di estratto distillato di hamamelis.

Se le emorroidi sono prolassate, infiammate, e difficilmente riducibili, si può ordinare la seguente pomata di Mathews: Cocaina *ctgr. ottanta;* jodoformio *gr. quattro;* estratto d'oppio *gr. due;* vaselina *gr. 30.* Si noti la prescrizione della cocaina e non del cloridrato, che nelle pomate non avrebbe azione sicura.

Se l'emorroide non può venire ridotta, si metta il paziente a letto e si applichino compresse calde bagnate con soluzione di adrenalina (1: 2000); in caso di insuccesso è consigliabile l'operazione.

Le emorroidi procidenti richiedono un'estrema pulizia; subito dopo ogni defecazione, la parte va lavata accuratamente con una spugna intrisa di acqua fredda, oppure con un getto d'acqua; si può in seguito applicare l'estratto di hamamelis.

Spesso è conveniente far precedere l'evacuazione giornaliera da un piccolo clistere di acqua fredda, che rammollisce le feci e diminuisce la congestione. Se vi è molta infiammazione si lascerà il paziente a letto, facendogli

ripetere delle iniezioni rettali fredde oppure delle compresse calde applicate all'ano; dopo di che si farà una lozione con una miscela di laudano (gr. 15) in acqua vegeto-minerale (gr. 60).

Se vi è molto prurito si potrà dare una pomata composta di mentolo (*gr. 1.3*), calomelano (*gr. 1.8*), vaselina (*gr. 30*). *ini.*

L'acido timinico nella cura della calcolosi biliare.

L'acido timinico è l'eliminatore normale fisiologico dell'acido urico (J. Servetti Larraya. *Rev. med. del Uruguay*, luglio 1918).

Ora, nelle malattie dipendenti da diatesi urica, una parte dell'acido urico viene formata per sintesi e, non avendo acido timinico a propria disposizione, circola nel sangue allo stato libero, ciò che facilita la sua precipitazione nei tessuti. In tali casi l'acido timinico accelera la sovraeliminazione dell'acido urico ed aumenta i mezzi di difesa dell'organismo. Esso è consigliabile nelle manifestazioni della diatesi urica o artritica, colica nefritica, reumatismo cronico gottoso, gotta, obesità, diabete artritico, alcune dermatosi ed anche nei calcoli biliari.

Esso agirebbe sui calcoli biliari provocandone la desintegrazione, riducendoli in renella, per modo che questa facilmente passa per le vie biliari e si versa nel duodeno, mescolandosi poi alle sostanze fecali. Il suo modo d'azione in tale caso non è ben chiaro; è probabile che esso, oltre a quella nota sull'acido urico, ne possegga altre che i nostri attuali mezzi di indagine non ci permettono di riconoscere.

L'A. ha trattato, con tale rimedio, 37 individui affetti da **calcolosi biliare**, ottenendone buoni risultati; dopo alcuni giorni di somministrazione dell'acido timinico (25 ctgr., 3 volte al giorno) si osservava nelle feci una renella bianca, che continuava a venire espulsa per parecchio tempo. Le condizioni degli ammalati miglioravano grandemente, non si presentarono più in seguito coliche epatiche, le condizioni generali si fecero visibilmente buone, dimostrando così una buona funzionalità gastro-epatica. FIL.

IGIENE.

Il pericolo delle sostanze antifermentative negli alimenti.

A. Satre (*Journ. de Méd. de Paris*, 1917, pag. 107) mette in evidenza il fatto che l'aggiunta di sostanze agli alimenti allo scopo di prevenire azioni fermentative determina anche una maggiore loro resistenza all'azione dei succhi digestivi, donde derivano disturbi digestivi, mentre d'altra parte il fegato ed il rene possono subire danni in seguito all'uso prolungato di piccole dosi di tali preservativi.

La diagnosi, in questi casi, è assai difficile a meno che contemporaneamente non vengano colpiti con uguale sintomatologia gruppi di persone che hanno fatto uso di uno stesso alimento contenente sostanze preservative. Specialmente i bambini, i vecchi, le gravide sono sensibili a questi avvelenamenti. L'A. mette in evidenza il fatto che con l'allattamento materno tali sostanze (ad es., acido salicilico) possono passare dalla madre al lattante, mentre l'allattamento artificiale può essere, sotto questo punto di vista, dannoso se nel latte o nell'acqua di pulizia dei recipienti sono contenute sostanze come carbonato sodico, ecc. Nei vecchi e nelle gravide sono più facili a verificarsi gli effetti nocivi delle sostanze estranee, aggiunte agli alimenti a scopo di conservazione, perchè il rene è poco permeabile e permette quindi una ritenzione di agenti nocivi all'organismo. Nel caso delle donne gravide il danno si esplica non solo sulla madre, ma anche sul feto.

Specialmente nelle attuali circostanze di ridotta alimentazione è necessaria la tutela delle sostanze alimentari anche dal punto di vista degli agenti di conservazione. *g. s.*

L'azione della saccarina sulla digestione gastrica.

Da quando la saccarina è largamente usata come dolcificante, si sono sentite delle lamentele su disturbi gastrici che essa provocherebbe. Best (*Münchener med. Wochenschrift*, anno 64°, n. 38) ha studiato, sia dal lato clinico che da quello sperimentale, se tale asserto risponde alla realtà dei fatti.

Egli ha trovato che con l'uso di essa si ha un inalzamento dell'acidità totale: il contenuto dello stomaco è più abbondante e più fluido, e viene eliminato più lentamente.

La saccarina sarebbe dunque da proscrivere in tutte le malattie gastriche accompagnate da iperacidità e specialmente nell'ulcera; per il resto essa può essere considerata innocua per quanto riguarda l'influenza sulla digestione anche per i sofferenti di altre malattie gastriche. FIL.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Siero antipiastrinico e porpora.

L'idea di applicare alle piastrine il metodo dei sieri specifici è dovuta a Le Sourd e Pagniez (*Journ. de Physiol. et de Path. gén.*, 1911). Essi prepararono un siero di cavia *anti* per le piastrine di coniglio e constatarono che esso è capace di agglutinare le piastrine e di distruggerle; inoculato nel coniglio determina la diminuzione o la scomparsa delle piastrine dal circolo.

Aynaud (*Thèse de Paris*, 1909) e Sacerdoti (*Arch. per le scienze mediche*, 1911, fasc. II) confermarono tali risultati.

Watabiki (*Kitasato Arch. of exper. Medic.*, 1917, p. 125) riprende la questione dei sieri antipiastrinici.

Egli raccoglie il sangue dalla carotide dell'animale in una soluzione di cloruro di sodio al 0.90 % con aggiunta di citrato sodio 3 % e glucosio 1 %. Con la centrifugazione raccoglie le piastrine e frazionando la centrifugazione riesce ad ottenerle quasi pure. Il siero antipiastrinico è preparato con l'iniezione endovenosa nel coniglio di piastrine di animali diversi: così ha potuto ottenere un siero antipiastrinico specifico per la cavia, per il topo, per il gatto, per il ratto, per la capra. È sufficiente per ottenere un buon siero antipiastrinico di praticare da 5 a 6 iniezioni a distanza di sei giorni una dall'altra e di salassare l'animale 10-12 giorni dopo l'ultima inoculazione.

Tali sieri antipiastrinici agglutinano le relative piastrine a tasso variabile di 1: 80-1: 160; agglutinano anche i relativi corpuscoli rossi (Sacerdoti era riuscito a separare le agglutinine per i globuli rossi da quelle per le piastrine col metodo della saturazione delle agglutinine).

Se al siero *anti* si aggiunge piccola quantità di siero fresco di cavia (complemento), esso distrugge le piastrine, trasformandole in masse granulose senza contorno. L'azione emolitica invece, saggiata con lo stesso metodo sui corpuscoli rossi corrispondenti, è trascurabile.

Watabiki conferma ancora il reperto di diminuzione rapida delle piastrine nel sangue dopo le iniezioni di siero antipiastrinico e trova che l'animale inoculato muore in un tempo variabile da 6 a 19 ore, talora in 2 o 3 giorni; l'autopsia degli animali *mostra delle macchie di porpora su tutti gli organi addominali.* Mentre il tasso delle piastrine diminuisce in poche ore e progressivamente, non si modifica il numero dei corpuscoli rossi, dei leucociti, il tasso dell'emoglobina. Nè si modifica la coagulabilità del sangue; solo se l'animale resiste lungamente si può osservare poco prima della morte che il sangue è meno coagulabile.

Iniettando dosi variabili di 0.50-1, 2 cmc. di siero antipiastrinico di coniglio alle cavie si determina una porpora emorragica. Gli animali vengono rapidamente a morte e l'autopsia fa rilevare delle macchie emorragiche sul colon, nell'intestino tenue, sul mesenterio, nella parete addominale. Gli organi addominali sono congesti.

I sieri antipiastrinici da coniglio a coniglio, da sorcio a sorcio, ecc., si sono dimostrati innocui.

Dei tentativi di *immunizzazione* contro il siero antipiastrinico, fatti dallo stesso A., hanno condotto a buoni resultati: con ripetute iniezioni di piccole quantità di siero ogni 3 o 4 giorni l'animale resta in vita e giunge alla fine a sopportare quantità di siero, che giungono fino a 3 cmc. per inoculazione intraperitoneale, quantità sufficienti per uccidere un animale nuovo di eguale peso.

Mentre negli animali inoculati col siero *anti* a forti dosi le piastrine diminuiscono rapidamente, nel sangue dell'animale immunizzato esse non subiscono alterazioni nel numero; nè la coagulabilità del sangue viene ad essere alterata. Le esperienze dell'A., dunque, non solo confermano quanto si conosceva sui sieri antipiastrinici, ma dimostrano che una sindrome emorragica può essere provocata da immissione in circolo di detti sieri e che contro di essi l'animale può acquistare immunità artificiale. *t. p.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1019) *Diagnosi e cura della nefrite ipertensiva.* — All'abb. n. 6815:

Per avere esatta nozione della pressione arteriosa è necessario l'uso di strumenti dei quali più in uso sono il Riva-Rocci, o il Pachon per la massima e minima.

Con l'esame clinico dello stato del polso e del cuore, non è dato nè di misurare nè di seguire le oscillazioni della pressione arteriosa.

I mezzi medicamentosi, la terapia alimentare, non possono essere eguali per tutti i malati: la enumerazione, il valore di essi si trova in ogni trattato di patologia; nei casi particolari il discernimento del medico saprà scegliere i più convenienti alle peculiari condizioni del malato. La nostra « sezione pratica » in ogni annata, specialmente in quelle che hanno preceduto la guerra, ha seguito con diligenza il movimento scientifico sull'argomento.

t. p.

(1020) Al dott. G. B. da O.:

La «posta degli abbonati» non può sostituirsi al consulto medico; solo la visione diretta del malato è occasione per esprimere un giudizio e per discuterne col medico curante. Non solo esuleremmo dagli scopi per i quali essa fu istituita, ma incorreremmo in gravi inconvenienti, se il nostro giudizio a distanza dovesse pesare sulla diagnosi, sulla prognosi o sulla cura di casi particolari non veduti.

t. p.

(1021) Al dott. B. di V., abb. n. 1713:

Consigliamo:

1° *Le traitement de la Syphilis en Clientèle* del prof. GOUGEROT. — A. Maloine edit., Parigi.

2° CASTAIGNE e CHIRAY. *Les maladies du foie.* — Masson edit., Parigi.

P.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

DARIER J. *Précis de Dermatologie.* II edizione aumentata. Un vol. in-8° di 864 pag. con 195 figure, rilegato. — Masson et Cie ed., Parigi. Prezzo L. 18.

La dermatologia è spesso trascurata dal medico pratico, anche per mancanza di opere adatte, che, senza la pretesa di servire per lo specialista, siano abbastanza complete ed efficacemente didattiche. Quest'opera del Darier, il quale appartiene al noto ospedale dermatologico Saint-Louis, non ingombra di notizie storiche, note bibliografiche, discussioni dottrinali, si dirige essenzialmente al pratico, a cui sarà molto utile, soprattutto per la chiarezza delle descrizioni, per il raggruppamento sistematico delle forme morbose, che permette un rapido orientamento.

Numerose fotografie, se pur non dànno la vivezza delle riproduzioni cromolitografiche, illustrano abbastanza chiaramente le diverse lesioni.

ini.

R. CLAOUÉ. *Le nystagmus vestibulaire et les réactions de mouvement*, pag. 64, con 17 figure e due tavole. — Paris, A. Maloine, 1918. Fr. 2.50.

Il *nistagmo vestibolare* e le *reazioni di movimento* hanno una grande importanza nello studio delle lesioni del labirinto non acustico e del cervelletto. La guerra attuale, con i numerosi feriti e lesi da commozione del capo e dell'orecchio, come pure l'esame preliminare di idoneità degli aviatori, nei quali il senso vestibolare deve esser perfetto, conferiscono un particolare interesse a tale questione.

L'A. ha trascurato volutamente ogni dato teoretico e dottrinale e quanto è ancora di significato incerto in questo capitolo così arduo di quella che alcuni chiamano *neuro-otologia*, fermandosi a brevi cenni sulla tecnica e sui risultati semeiotici delle principali esperienze, che servono per saggiare la funzione del labirinto non acustico e indicando il valore clinico del risultato di tali prove.

All'esposizione chiara, ma forse troppo scheletrica — essendo sfrondata di ogni nozione che non avesse immediata praticità —, vengono in soccorso varie figure schematiche veramente ingegnose e seducenti, così che meno si avvertono i difetti della soverchiamente sobria concisione del testo.

G. BILANCIONI.

G. ROUSSY. *Les lésions du corps thyréoide dans la maladie de Basedow.* Vol. in-8°, 136 pag. e 10 figure. — Parigi, Masson e C.

Sulla guida di ricerche, eseguite in collaborazione col dott. Clunet, l'A. conclude per la teoria tiroidea o tireotimica del morbo di Basedow, di cui descrive il quadro classico, le forme secondarie e le forme frustre. Sono studiate anche le alterazioni del timo, delle paratiroidi, del sistema ganglionare, del sangue, del simpatico.

Sono discusse le varie vedute patogentiche.

Passando alla terapia, l'A. si dichiara convinto della superiorità del trattamento radioterapico su quello chirurgico.

G. S.

Dottori BRUNTZ e IALOUX. *Piante officinali e Piante a droga medicamentosa.* Nomenclatura metodica compilata da tutte le edizioni dei codici ufficiali di medicamenti di tutti gli Stati del mondo, preceduta da considerazioni generali sulle Farmacopee. Nuova pubblicazione. Prefazione del prof. GUIGNARD. — Vigot Frères E., Paris, 1918, pag. 260. Prezzo L. 15.

Il prof. Bruntz, ordinario di materia medica alla Scuola Superiore di Farmacia di Nancy, ed il suo allievo Ialoux, dottore in Farmacia hanno pubblicato un importante lavoro in due parti, di cui ciascuna è di grande interesse per i farmacologi.

Nella prima parte, intitolata: «Considerazioni generali sulle farmacopee», gli autori segnalano le più antiche di queste opere e formulari conosciuti fino ad oggi. Inoltre citano, in una serie di paragrafi, classificati per ogni paese del mondo, le edizioni successive delle farmacopee nazionali, facendo precedere questa enumerazione da considerazioni sulla loro compilazione e sui documenti storici che hanno servito a redigerle. Gli Stati che sono sprovvi-

sti di farmacopee sono citati coll'indicazione dei formulari ufficiali e non ufficiali coi quali si regolano i pratici di quei paesi.

Nella prefazione il prof. Guignard, direttore onorario della Scuola Superiore di Farmacia di Parigi, dice quanto segue di questa prima parte: *È stata un'ottima idea l'aver raccolto tali documenti, ed è il caso di meravigliarsi come questo lavoro così essenziale e fondamentale per la storia della Farmacia, per la documentazione e per le ricerche di Farmacologia applicata, non sia stato ancora pubblicato.*

Nella seconda parte della loro opera, che è anche la più importante, i signori Bruntz e Ialoux, sotto il titolo: « Nomenclatura metodica delle Piante officinali e delle Piante a droga medicamentosa », hanno compilato — da varie edizioni di farmacopee nazionali — un importante catalogo di piante che hanno interesse per la materia medica. Ventisei paesi hanno pubblicato delle edizioni di codici in numero di 112.

Un'ingegnosa disposizione di questo lavoro permette al lettore di trovare immediatamente tutte le notizie desiderate mercè un importante indice che contiene 5000 nomi di piante e di droghe, e una tavola che porta i numeri delle edizioni, le date di pubblicazione delle farmacopee. A semplice colpo d'occhio i farmacologi possono immediatamente sapere se una data pianta sia d'interesse per l'arte di guarire, quali siano le nazioni che la utilizzano e quali sono le varie edizioni delle farmacopee dei diversi paesi che ne parlano.

Come dicono gli autori stessi nell'introduzione, il loro lavoro dimostra quanto numerose siano le piante e le droghe che hanno acquistato importanza per le varie edizioni delle farmacopee di tutte le nazioni del mondo, e quale sia l'importanza delle famiglie botaniche dal punto di vista della materia medica, quali siano le piante che godono di una fama terapeutica universale, oppure limitata — sia al loro paese d'origine, sia a una determinata contrada geografica — e quali siano infine le modificazioni accadute nel corso degli anni tanto nella quantità, quanto nella qualità delle piante medicamentose.

Il lavoro dei signori Bruntz e Ialoux, redatto e stampato sotto il fuoco nemico, è un'opera importante, frutto di un lavoro assiduo. Questa opera è ormai indispensabile a tutti quanti si occupano delle ricerche di farmacologia comparata, di materia medica e chimica vegetale.

L. P.

Pubblicheremo prossimamente:

V. SALVO. *Contributo alla chirurgia cranica.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

FEDERICI NICOLINO. Empiemi e pleuriti essudative semplici curate in un altro anno di esercizio spedaliero. — Milano, 1917.

MASSI ULISSE. Dell'enterocolite. — Bologna, 1917.

GAMBERINI CARLO e BONOLA FRANCESCO. Lesioni dei nervi misti per traumatismi di guerra. — Bologna, 1917.

RICCIOLI ERNESTO. Nuovo apparecchio provvisorio per le fratture della gamba. — Biella, 1917.

GIORDANO D. Gangrena di una porzione di intestino tenue in un soldato asfissiato da vapori velenosi. — Venezia, 1916.

MEI ALDO. La sifilide in Cirenaica. Con nota preventiva sulla framboesia. — Milano, 1917.

PERONDI GIULIANO. Quali possono essere oggi i criteri direttivi nella cura dell'eclampsia puerperale a domicilio. — Milano, 1917.

VERNONI GUIDO. Le forme gravi di sieroanafilassi nell'uomo. — Firenze, 1917.

BONOLA FRANCESCO. La sindrome commozionale da scoppio di proiettile. — Bologna, 1917.

NOTARI GIOVANNI ADRIANO. Contributo alla conoscenza dell' « iposurrenalismo cronico residuale da ittero epidemico ». — Firenze, 1917.

CAVINA GIOVANNI. Venti mesi di chirurgia di guerra in un ospedale di tappa. Breve rendiconto statistico-operativo. — Bologna, 1917.

GUIDA TOMMASO. L'aspirina in terapia infantile. Osservazioni clinico-terapiche. — Napoli, 1917.

DE SILVESTRI ENRICO. Di una reazione delle orine dei tifosi. — Biella, 1917.

BELFANTI S. e ASCOLI A. Spigolature nella peste aviaria e nell'afta. — Milano, 1916.

COLESCHI LORENZO. La radioterapia della milza nella tubercolosi polmonare, secondo i concetti di Manoukhine. — Milano, 1917.

PITTARELLI E. e PITTARELLI EMILIO. Sulla localizzazione radiologica dei corpi estranei. — Milano, 1917.

CASTELLANI ALDO. Notes on Tropical Diseases met with in the Balcanic and Adriatic Zones. — London, 1917.

GATTI GIROLAMO. Per la protezione ed assistenza degli orfani della guerra. Discorso. — Roma, 1917.

PATANÈ CARMELO. Sul primo caso autoctono di Leishmaniosi interna in Cirenaica. — Genova, 1917.

PIAZZA V. C. Asma bronchiale e anafilassi. — Palermo, 1917.

VARIA.

Come i cosacchi curano le ferite. — Un medico russo che trascorse buona parte della vita tra i cosacchi ha rivelato che essi hanno un metodo semplice per curare le ferite da armi da taglio: vi applicano sopra cenere di cotone e di lino, poi ne riuniscono le labbra con una stretta fasciatura. Circa il 95 % delle ferite così curate guarirebbero rapidamente, senza suppurazione, in virtù dell'azione lievemente antisettica esercitata dalla cenere.

(23)

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il periodo di prova.

La Sezione XXVI della Commissione per il dopo-guerra nella seduta del 28 novembre 1918 ha votato un ordine del giorno sui criterî da seguire nel procedere alla smobilitazione degli ufficiali.

La detta Sezione ha fra l'altro proposto:

a) che sia concessa una congrua indennità all'atto del loro congedamento a tutti indistintamente gli ufficiali richiamati, tenendo anche conto del tempo passato da essi sotto le armi;

b) che nei concorsi i limiti massimi di età vengano elevati per coloro che passarono sotto le armi un periodo di tempo più lungo, di modo che l'elevamento complessivo risulti eguale al tempo passato sotto le armi fino al loro congedamento d'autorità;

c) che sia opportunamente modificato il criterio della incondizionata idoneità fisica attualmente richiesta per l'ammissione ai pubblici servizi dei mutilati e gl'invalidi di guerra;

d) che per un periodo di sette anni tra i concorrenti riusciti *ex-aequo* sia data la preferenza a quelli che hanno passato un più lungo periodo sotto le armi, computando come doppio il periodo passato in zona di operazioni;

e) che ai candidati riusciti nei concorsi durante i tre anni dopo la conclusione della pace si computi agli effetti dell'anzianità di servizio il tempo passato sotto le armi dopo che avevano acquistati i titoli necessarî per il concorso.

Molte fra le proposte sopra elencate erano già state impostate e discusse dal nostro giornale prima che con l'armistizio finisse il periodo della guerra guerregiata. Non possiamo che approvare e sollecitare l'applicazione delle proposte stesse. Non è dubbio però che queste sono per gli ufficiali medici incomplete e quindi non atte a risolvere tutte le quistioni create dalla guerra alla classe medica. La condizione degli ufficiali medici è diversa da quella degli ufficiali di tutte le altre categorie. Tuttavia le proposte in esame sono dedotte da principî generali di equità e di giustizia che non possono non trovare adeguata applicazione per tutti gli ufficiali smobilitati. Non c'indugeremo quindi a dimostrare la convenienza che uno speciale trattamento diverso sia fatto ai cittadini che prendono parte a pubblici concorsi per quel che riguarda il limite di età di assunzione, la valutazione dei titoli e degli esami, il giudizio sulla idoneità fisica, e ciò in rapporto per quanto più è possibile proporzionale con la durata, la quantità e la qualità delle prestazioni date, delle fatiche e dei sacrifici sopportati per cagione della guerra ed eventualmente dei danni subìti nella salute.

Ma v'ha una delle proposte che ha un particolare interesse per alcune categorie della nostra classe. È stato suggerito che « ai candidati riusciti nei concorsi durante i tre anni dopo la conclusione della pace si computi agli effetti dell'anzianità di servizio il tempo passato sotto le armi dopo che avevano acquistato i titoli necessarî per il concorso ». La enunciazione della proposta non appare del tutto chiara e potrebbe dar luogo nella sua applicazione a contestazioni e controversie quando non fosse meglio specificata e chiarita. Per il caso dei sanitarî, che è quello che meglio conosciamo e più ci riguarda, crediamo che il consiglio della Commissione del dopo-guerra possa essere inteso nel senso che l'avventiziato sotto qualsiasi forma e titolo sia per i medici che hanno prestato servizio militare considerato come periodo di prova.

È ben noto che per la nostra classe esistono numerose forme di avventiziato e di esperimento. Le prime assumono in determinate circostanze una forma di sfruttamento non mai abbastanza deplorata, le seconde, specie per alcune amministrazioni, costituiscono insieme uno sfruttamento ed una sorgente inesauribile di soprusi e di vessazioni.

Il caso più tipico è quello dei medici condotti. La legge ha voluto garantire in ogni modo i comuni: oltre il concorso, oltre la libertà di scelta nella terna proposta dalla Commissione esaminatrice, c'è il biennio di prova. Il martirologio dei medici condotti durante il periodo di prova non ha bisogno di essere illustrato; i soprusi, i ricatti di cui essi sono vittime in tale periodo non meritano di essere elencati. Quel che provvidamente la legge ha stabilito per saggiare se e fino a qual punto medico e popolazione s'intendano, finisce per essere nelle mani sapienti degli amministratori comunali uno strumento di vessazioni. Comunque se anche tale disposizione legislativa poteva aver ragione di essere nei tempi ordinarî, oggi che per la guerra tante cose sono mutate, occorre che essa subisca delle modificazioni o delle attenuazioni durante questo periodo di transizione.

Anche senza intaccare lo spirito della legge, senza cioè togliere ai comuni la possibilità di

accertare praticamente la capacità professionale del medico prescelto, di verificare fino a qual punto esso corrisponda alle esigenze e magari ai gusti delle rispettive popolazioni, non basta che per i medici condotti valgano come anni di prova quelli che i medici eletti in un comune vi abbiano trascorsi come interini. Bisogna anche tener presente che molti medici per essere stati lungamente sotto le armi non hanno potuto prestare un lungo servizio di condotta nemmeno come interini; per detti medici quindi per ovvie ragioni di equità, il periodo di prova trascorso dopo il concorso o come interino, sia ridotto ad un anno.

Non è necessario insistere sulla opportunità e sulla giustizia di un tale provvedimento. Da quattro anni non si fanno più concorsi, e non è giusto che medici che sono invecchiati sotto le armi oltre ad esporsi all'alea del concorso ed a quella dell'elezione, debbano ancora attendere degli anni per avere una sistemazione sicura.

Un'altra categoria di sanitari che subisce il periodo di prova è quella degli insegnanti universitarî. È noto che questi prima di diventare ordinarî, devono trascorrere un periodo di straordinariato che molte volte segue ad un periodo di semplice incarico.

Sono tre tappe di prova, tappe lunghe, molto lunghe, che corrispondono a tre posizioni amministrativamente e, quel che più conta, economicamente diverse. Già in tempi ordinarî *ante bellum* i professori, e specie quelli della Facoltà medica, giungevano all'ordinariato abbastanza anziani.

Ora che da quattro anni i concorsi sono sospesi gli attuali aspiranti alla cattedra rischiano di raggiungerla anche più in là con gli anni.

Occorre quindi che anche per gli insegnanti universitarî siano fatte delle eccezioni sia pure transitorie per quel che riguarda il periodo di prova. Si potrebbe stabilire che per i professori incaricati di università, i quali riescono straordinarî per concorso sia per la stabilità computato il periodo dell'incarico.

Lo Stato non può consentire che siano ancora ostacolate le aspirazioni di coloro che hanno affrontato la difficile e già lunga carriera dell'insegnamento universitario. Quello che nello spirito della legge il periodo di prova è già stato scontato dall'insegnamento dato con la qualifica di incaricato, qualifica che non ha potuto essere mutata in quella di professore straordinario unicamente perchè la sospensione dei concorsi durante la guerra ne ha impedito la consacrazione ufficiale.

Le provvidenze che abbiamo additate ci sembrano eque e giuste non solo perchè riconoscono i diritti ed il merito di alcune categorie della classe sanitaria, che per le speciali benemerenze acquistate durante la guerra non meritano di essere da questa eccessivamente danneggiati, ma anche perchè non offendono lo spirito delle leggi in vigore e non ledono i diritti di chicchessia. Confidiamo perciò che esse siano sollecitamente tradotte in atto.

PANGLOSS.

Cronaca del movimento professionale.

Il Congresso dell'A. N. M. C.

A complemento delle notizie date nello scorso fascicolo, aggiungiamo che il Congresso ha appoggiato la proposta che il contributo obbligatorio dei sanitari per il Collegio degli orfani sia portato da sei a dodici lire annue ed ha stabilito di demandare alla nuova presidenza lo studio e le proposte per le modificazioni statutarie, approvando per ora, in via d'urgenza, un articolo aggiuntivo necessario a dare facoltà alla nuova Amministrazione di ritirare danaro dagli Istituti di credito depositari, necessario per la gestione; che ha ascoltato ed applaudito la relazione del dottor Martinelli «Sulla assicurazione obbligatoria contro le malattie»; che ha appreso dalla voce commossa dell'on. Brunelli la sciagura toccata al dott. Ebhardt, già fervente organizzzatore della classe, ora colpito da grave depressione psichica, in seguito all'invasione del suo paese, ed ha applaudito al provvedimento col quale il figlio suo fu accolto in via straordinaria presso il Collegio-convitto di Perugia; che il Congresso ha votato di mandare subito un assegno alla famiglia del collega Airoldi, rimasto cieco nell'adempimento del suo dovere verso la Patria.

A segretari furono nominati i dottori Pellegrini e Secchieri.

Per i medici militari provenienti dall'Estero.

Ci risulta che saranno accolte favorevolmente le domande di congedo dei medici militari che prima della guerra risiedevano all'estero. Non sono state date al riguardo disposizioni d'indole generale per non contrariare coloro che eventualmente non avessero interesse di essere licenziati dalle armi.

Pel congedamento dei medici condotti. — L'on. dott. Galileo Beghi, deputato di Rovigo, ha interrogato il ministro della guerra ed il ministro degli interni per sollecitare il congedamento dei medici condotti attualmente in servizio militare.

COLTURA SUPERIORE.

Le ricerche scientifiche in relazione alle scuole di medicina.

Uno dei tratti più caratteristici della medicina odierna è la tendenza a divenire una scienza; un grande spirito di ricerca anima in tutto il mondo tutte le branche della medicina ed ha raggiunto, secondo M. Pearce e W. B. Cannon (*Journ. of Am. med. Assoc.*, 14 aprile), il massimo sviluppo in America. La maggior parte di tali ricerche è stata compiuta nelle scuole di medicina: ciò nonpertanto l'aumento nel numero di istituti scientifici indipendenti ha accresciuto notevolmente il numero dei contributi alla medicina scientifica.

La questione dei rapporti fra le ricerche scientifiche e le scuole mediche ne fa sorgere altre collaterali, come le seguenti: debbono le scuole dedicare le loro energie al solo insegnamento, oppure come e fin dove incoraggiare le ricerche? Resta poi a vedere se tale compito debba essere affidato solamente ad alcune, da chi debba esser compiuto, se i professori dediti alle ricerche debbano essere distinti dagli insegnanti, e quali siano i rapporti intercorrenti fra le scuole mediche e gli speciali istituti scientifici.

Dinanzi ai fenomeni naturali, diversa è l'attitudine degli uomini, gli uni — di carattere essenzialmente statico — si accontentano di quanto è stabilmente conosciuto e seguono i sentieri già battuti; per gli altri, a carattere dinamico, le cognizioni attuali non sono sufficienti: essi desiderano acquistarne di nuove, scoprire dei nuovi rapporti tra i fatti già conosciuti, farne l'applicazione per il benessere dell'umanità. Sono questi gli investigatori, per i quali le attuali conoscenze non sono un fine, bensì un mezzo per arrivare ai fatti nuovi.

Lo spirito di investigazione, però (da non confondersi con il farneticare del sognatore) è un'attitudine mentale che va educata e sviluppata, ed in ciò una gran parte tocca alla scuola la quale anche nel dare i primi elementi di una scienza può fare dell'allievo un individuo statico o dinamico.

Nel passato la scienza è stata generalmente retaggio delle università; e gli stessi Stati Uniti, che da principio non le apprezzavano a dovere, hanno finito per persuadersi della importanza di queste, sicchè le scuole mediche libere sono andate scomparendo. Sorge ora la questione se le scuole mediche debbano rimanere il centro principale dei progressi della medicina, tenuto conto che sorgono istituti speciali allo scopo di incoraggiare la ricerca scientifica; tali istituti raggiungono ora agli Stati Uniti il numero di 26, di cui circa un terzo affatto indipendenti dalle Università. Salvo poche eccezioni essi però non hanno che dei mezzi limitati, non suscettibili d'aumento; invece la tradizione universitaria, il fatto che le università hanno proventi sicuri ed aumentabili, posseggono ricche biblioteche, hanno maggior contatto con i giovani e possono quindi influire notevolmente sulle loro attitudini mentali, tutto ciò concorre a far ritenere necessario che la missione della ricerca scientifica spetti alle scuole universitarie di medicina.

La scuola medica deve compiere ambedue le funzioni dell'insegnamento e della ricerca: si comprende che non bastino per ciò gli uomini, ma occorrono i mezzi, ciò che però non deve trattenere la piccola scuola dalla ricerca scientifica.

Le ricerche scientifiche vengono compiute in gran parte da membri del corpo accademico, alcuni dei quali per la loro stessa posizione dedicano ad esse tutto il loro tempo: altri invece, e sono i più, sono occupati anche nell'insegnamento. Sarebbe però necessario che anche professori di clinica dedicassero ad essa tutto il loro tempo come fanno generalmente gli insegnanti delle materie che precedono la clinica. Ciò varrebbe a togliere dalle scuole mediche la taccia di commercialismo, meritata da quegli insegnanti, che si valgono della loro posizione per acquistare nella pratica una maggiore nomea.

Sono questi individui dai quali la scuola ha solo una parte di attività; essi generalmente non posseggono spirito di ricerca, nè sanno apprezzarlo.

Questo invece dovrebbe pervadere le scuole mediche, a cui dovrebbero pur sempre ispirarsi i medici pratici, per i quali l'attitudine mentale statica è tutt'altro che giovevole, in quanto che li fa seguaci del solito andazzo, che male si confà all'indole delle scienze mediche, che sono in continuo progresso. Per la mente dinamica invece ogni caso di malattia si presenta come un nuovo problema da investigare; un sintoma differente viene ricondotto alle sue basi fisiologiche, cercando nuovi punti di vista, nuovi metodi di diagnosi, di profilassi, di cura.

Per ciò è necessario che gli studenti siano indirizzati ed incoraggiati alle ricerche, che devono costituire una parte dell'insegnamento stesso, di cui l'A. propone una riforma.

Le scuole mediche debbono quindi essere il principale esponente della medicina odierna ammaestrando i futuri discepoli: esse debbono essere all'avanguardia per costruire la medicina del domani e preparare le future scoperte. Così facendo potranno assurgere alla più alta dignità di dirigenti il movimento scientifico.

INDEX.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Riforma del Consiglio Superiore di Sanità.

Con D. L. 17 ottobre 1918, n. 1691, è stato così disposto:

Art. 1. — Il Consiglio superiore di sanità:

a) porta la sua attenzione sui fatti riguardanti la profilassi sociale della tubercolosi nel Regno;

b) segue l'attività dei Comitati provinciali antitubercolari di cui è informato dal direttore generale della Sanità pubblica;

c) dà parere sulle questioni relative alla profilassi sociale della tubercolosi che gli siano sottoposte dal Ministero dell'interno;

d) concorre con i suggerimenti del caso all'attuazione delle disposizioni per la profilassi sociale della tubercolosi, e specialmente al coordinamento e alla disciplina, in merito allo indirizzo, dell'attività delle istituzioni antitubercolari pubbliche e private;

e) propone le provvidenze che ritiene necessarie per il raggiungimento dei fini della difesa sociale contro la tubercolosi.

Art. 2. — A decorrere dalla entrata in vigore del presente decreto, fanno parte del Consiglio superiore di sanità, con i componenti indicati all'art. 1 del nostro decreto 31 dicembre 1915, n. 1910:

un rappresentante del Ministero per l'assistenza militare e per le pensioni di guerra;

un rappresentante della Croce Rossa Italiana;

un rappresentante dell'Opera Nazionale per la protezione e l'assistenza agli invalidi della guerra;

quattro esperti, scelti fra i cultori di profilassi sociale della tubercolosi e di edilizia sanitaria.

Art. 3. — Le attribuzioni indicate all'art. 1 sono esercitate, nei casi di urgenza e tutte le volte nelle quali per speciali ragioni di convenienza gli siano deferite dal ministro dell'interno, dal Comitato centrale antitubercolare, presieduto dal presidente o dal vice-presidente del Consiglio superiore, e composto:

del direttore generale della Sanità pubblica;

del medico ispettore del corpo sanitario militare e del medico ispettore del corpo sanitario marittimo che fanno parte del Consiglio superiore di Sanità;

dei membri del Consiglio superiore indicati all'art. 2.

Art. 4. — I membri del Consiglio superiore che verranno nominati nella prima attuazione del presente decreto resteranno in carica anche per il triennio 1919-1921.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7555) *Dimissioni da medico-condotto.* — Dott. U. B. da Z. — Può, se le condizioni contrattuali il consentono, rassegnare le proprie dimissioni da medico condotto, tuttochè si trovi ancora vincolato dal servizio militare, ma in licenza di convalescenza della durata di un anno.

(7557) *Ufficiali medici in servizio di condotta.* — Dott. P. A. da P. — Ella si inganna. Nel *Policlinico* non risulta si sia detto che agli ufficiali medici in servizio civile sia corrisposta dallo Stato la indennità straordinaria di lire 25 al giorno durante la epidemia. Fu solo detto che un ufficiale medico in servizio civile viene a costare allo Stato lire 25 al giorno.

(7558) *Ufficiali medici in servizio di condotta - Sessenni.* — Dott. C. V. da P. B. — Agli ufficiali medici in servizio di condotta non possono essere concessi con lo stipendio anche gli aumenti sessennali, di cui il precedente titolare godeva.

(7559) *Pensioni.* — Dott. L. A. da C. — Con 68 anni di età e 34 di servizio si liquida la pensione di annue lire 3000. Doctor JUSTITIA.

Al dott. A. R. da P.:

Presentando le sue dimissioni Ella verrebbe di nuovo messo a disposizione dell'autorità militare.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ.

La Facoltà Medica della R. Università di Genova ha proposto ad unanimità al Ministro della P. I. che il prof. Angelo Roth, sottosegretario della P. I., titolare di patologia chirurgica presso la R. Università di Napoli, sia nominato titolare di clinica chirurgica presso quell'Ateneo, al posto lasciato vacante dal sen. Giacomo Filippo Novaro, collocato a riposo per aver raggiunto i limiti di età.

Rallegramenti cordiali.

NEL CORPO SANITARIO MILITARE.

Colonnelli medici promossi brigadieri generali medici: Bernucci Giovanni, Faralli Celestino, Fulloni Adeodato, Galli Giovan Domenico, Marrocco Achille, Pressacco Pasquale, Testi Francesco, del R. Esercito; Curcio Eugenio, Vaccari Antonio, della R. Marina.

Maggiori medici promossi tenenti colonnelli medici: Abetti Mario, Accordini Francesco, Bialetti Clemente, Bucco Menotti, Capasso Pietro, Chiarugi Mario, Cocci Giovanni, De Crecchio Giuseppe, De Marchis Francesco, Fagiuoli Antonio, Fasoli Gaetano, Frattin Giuseppe, Goggia Carlo, Grollo Antonio, Lanzerini Arturo, Luseri Silvio, Orlandi Edmondo, Peroni Giacomo, Pinna Arturo, Stradiotti Giuseppe.

CONDOTTE E CONCORSI.

ANCONA — *Ospedale Civile «Umberto I».* — Cercasi assistente libero da servizio militare e della Croce Rossa. Stipendio lordo — compreso il caroviveri e l'aumento per decreto Luogotenenziale — L. 2604 oltre l'alloggio e il vitto tutti i giorni e qualche incerto. Scrivere alla Direzione Sanitaria.

MEDICINA SOCIALE.

Provvedimenti igienico-sanitari nel dopo-guerra.

Continuiamo a riportare gli importanti ordini del giorno approvati dalla Sezione d'igiene sociale della Commissione del dopo-guerra.

Ricostruzione dei centri abitati danneggiati dalla guerra (relazione Pagliani).

Lo Stato è in dovere di concorrere, non solo a ricostruire quanto fu rovinato o demolito; ma, con una immediata direzione dei lavori all'uopo indispensabili, a che gli edifizi abitabili risorgano migliorati.

La più grande parte dei gruppi di abitati in tutto o in parte distrutti, risultano di agglomeramenti disordinati di vecchi caseggiati e catapecchie, non rispondenti alle più modeste esigenze igieniche e di benessere.

In tali agglomeramenti, per lo più con poca luce e aria e con pochissima pulizia, duravano permanenti infezioni secolari, e con tutta facilità vi si accendevano, ogni volta se ne presentava una causa occasionale, gravissime epidemie. Sarebbe stata opera eminentemente doverosa, in tempi ordinari, il portare nel maggior numero di tali gruppi di abitazioni radicali miglioramenti per renderli più sani e più civili.

Le barbare demolizioni, che hanno fatto scomparire, purtroppo insieme ad edifici lodevoli ed artistici, anche questi resti infelici di altre più antiche barbariche invasioni, offrono allo Stato l'opportunità di procedere, con un programma ispirato a buoni principî scientifici e umanitari, alla ricostruzione di abitati igienicamente e socialmenti adatti alle loro popolazioni.

Se lo Stato non afferra questo momento opportuno per fare più economicamente e con meno difficoltà un così grande beneficio a quelle regioni, tanto provate dalla immane guerra combattuta con loro danno enorme, per il trionfo dei principî di giustizia e per le aspirazioni nazionali, non vi è dubbio che esso si farà complice del perpetuarsi di condizioni di cose indegne di un popolo civile, e che più tardi importeranno più forti sacrifici di denaro e di lavoro per essere riformate.

A raggiungere tale scopo la Commissione ritiene indispensabile che lo Stato:

1° richiami le autorità locali, comunali, provinciali e governative delle regioni in cui si debbono sviluppare queste opere sul dovere di seguire, in esse, le *istruzioni ministeriali* sull'igiene del suolo e dell'abitato, emanate dal Ministero dell'Interno (Direzione di Sanità pubblica) nel 1896: le quali comprendono, raggruppate, le principali nozioni che, anche attualmente, possono dare buon indirizzo alle ricostruzioni, ed, in ogni caso, possono essere in breve rivedute da competenti in materia, per apportarvi possibili utili miglioramenti, se ciò si ritenga opportuno.

2° Si faccia redigere e vigilare da persone, all'uopo istruite, la preparazione e l'attuazione di ben studiati piani regolatori e di progetti di ricostruzioni di case ed edifizi pubblici, che rispondano alle esigenze igieniche e sociali, indipendentemente da ogni considerazione di interesse privato.

3° Si ponga specialissima attenzione, nel redigere e vigilare tali ricostruzioni:

a) alle condizioni orografiche e idrografiche del suolo superficiale, riguardo al pericolo della malaria; e alle condizioni geologiche e idriche nel sottosuolo, riguardo alle esigenze della salubrità delle abitazioni, che vi si hanno da fondare;

b) alla eliminazione e canalizzazione dei rifiuti della vita casalinga e urbana;

c) alla direzione, orientazione, ampiezza e pavimentazione delle strade, per dare ad esse e agli edifici che le fronteggiano conveniente aerazione, insolazione e illuminazione;

d) alla estensione degli isolati, per evitare eccessive agglomerazioni di abitanti;

e) alla forma degli edifici, per provvedere ad un'equa distribuzione, nell'interno degli alloggi, della irradiazione solare e della illuminazione;

f) alla conveniente distribuzione degli alloggi negli edifici stessi, per favorire la segregazione e indipendenza delle famiglie tra di loro, per ragioni sociali e sanitarie;

g) all'ampiezza, numero e distribuzione degli ambienti nei riguardi di una sufficiente loro capacità, indipendenza ed aerazione;

h) alla assegnazione ad ogni singolo alloggio di una latrina speciale e di mezzi di rimozione di rifiuti:

i) si dia massima attenzione a buone costruzioni o buone costruzioni rurali;

4° *Si costituiscano all'uopo Commissioni centrali e locali per dirigere tale lavoro, nelle quali entrino igienisti, ingegneri, architetti e giuristi, che possano porvi subito mano e lo preparino mentre si approntano i mezzi per compierlo.*

Assistenza ospitaliera (relazione N. Badaloni).

La Sezione per l'Igiene sociale;

affermando il carattere particolare di urgenza del problema dell'assistenza ospitaliera, che le necessità dell'ora rendono ancora più grave;

riconoscendo che la sua soluzione — oggi più che mai improrogabilmente imposta dalle conseguenze della guerra — è inscindibilmente connessa con la soluzione del problema dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie;

ritenendo doversi il problema affrontare in tutta la sua interezza, non con i criteri ristretti della beneficenza, ma ravvisando nell'assistenza ospitaliera una funzione sociale;

esprime il voto:

a) che l'assistenza ospitaliera sia da considerare come funzione di Stato, e che alle spese di spedalità provvedano:

1° gli Istituti ospitalieri con le rendite proprie;

2° le Opere Pie, ritenute meno necessarie,

le cui entrate sieno convertite a favore dell'assistenza ospitaliera;

3° il contributo della Cassa di assicurazione obbligatoria contro le malattie;

4° il contributo integratore dello Stato e dei Comuni;

b) che nei centri, dove esistono più istituzioni ospitaliere, la Direzione amministrativa e sanitaria deve essere unica, raggruppando obbligatoriamente in un solo organismo la gestione amministrativa delle varie istituzioni ospitaliere;

c) che si provveda al problema della formazione del personale degli infermieri, con speciale riflesso alla parte preponderante che, nell'assistenza degli infermi, è riservata alla donna.

Legislazione igienica del lavoro (relazione Loriga).

La Sezione per l'Igiene sociale;

considerando che lo Stato, come ha il dovere di conservare la vita dei cittadini al lavoro, ha quello di rendere il lavoro innocuo alla vita, secondo la felice espressione del sommo Puccinotti;

che l'Italia, unica fra le nazioni civili, non possiede leggi per la tutela della salute dei lavoratori di età superiore ai 14 anni, se maschi, e di 21 anni, se femmine, contro le innumerevoli cause nocive insite nel lavoro e che l'unico suo patrimonio legislativo sull'argomento sono le disposizioni frammentarie relative al lavoro notturno dei fornai, all'uso del fosforo bianco nelle fabbriche dei fiammiferi, al riposo festivo, alla risicoltura ed alla malaria;

che questa insufficienza legislativa è gravemente dannosa non solo dal lato igienico e da quello della economia nazionale, ma può essere una causa gravissima di turbamento della pace sociale;

afferma la necessità e l'urgenza di emanare leggi e regolamenti atti a tutelare efficacemente la salute di tutti i lavoratori contro tutte le cause di malattia che derivano dal lavoro.

Un esperimento di propaganda igienica nelle scuole elementari.

È stata pubblicata in questi giorni, a cura della Direzione generale della Sanità pubblica, una succinta relazione sopra l'esperimento di propaganda igienica nelle scuole elementari che venne tentato nel 1916 in alcune città della Toscana.

Autori della relazione sono il prof. Achille Sclavo ed il comm. Angelo Pavone, ispettore medico del Ministero dell'interno, che presiedettero al tentativo.

L'esperimento fu voluto dal Ministero dell'interno d'accordo con quello dell'istruzione non solo per cercare di diffondere in forma piana ed accessibile alle giovani menti nozioni elementarissime di igiene individuale, ma anche per fare — indirettamente — opera di propaganda e di volgarizzazione delle stesse norme tra l'elemento insegnante non troppo al corrente di certi argomenti e sul quale sopratutto si dovrà contare se si vorrà davvero attuare la rigenerazione igienica delle masse.

Trattandosi di un semplice esperimento non si vollero fare le cose in grande, ma ci si limitò a poche scuole in 11 città della Toscana.

Si scelsero i sanitari che dovevano in ciascuna città essere incaricati della condotta dell'esperimento tra l'elemento sanitario locale dando naturalmente la preferenza ai più competenti in materia, ed in una riunione che ebbe luogo a Firenze il prof. Sclavo espose le linee generali del programma che si intendeva di svolgere. Il metodo della propaganda doveva esser quello delle conversazioni con i bambini in presenza dei maestri, tenendo presente che uno degli scopi da raggiungere era di creare nei bambini delle abitudini di pulizia personale, togliendo loro altre non belle (p. es. quella di portare alla bocca mani ed oggetti; e si accenna a questa abitudine per indicare a qual livello di semplicità doveva esser mantenuto l'esperimento); mentre un altro scopo che aveva forse maggiore importanza era quello di convincere i maestri, senza darsi l'aria di impartir loro delle lezioni, del valore che ha per la vita e per la salute l'applicazione costante ed a ragion veduta di certe particolari norme che si è convenuto di chiamare igieniche, ma che non sono poi in fondo che regole di buona creanza e di buona educazione. Raggiungere questo secondo scopo voleva dire farsi degli alleati nei maestri, degli alleati tanto più utili al fine da raggiungere in quanto, se veramente convinti, avrebbero messo nella diffusione delle norme accennate tutto l'entusiasmo dei neofiti.

E questo secondo scopo sembra che in genere sia stato raggiunto: anzi, in alcune città, ed a Firenze in modo particolare, l'azione dei sanitari trovò nel corpo insegnante, dal Direttore generale alla più giovane maestra, degli entusiasti coadiutori.

Gli alunni poi — specialmente in quelle scuole nelle quali si seppero attuare con illuminato spirito didattico le norme fissate nella accennata riunione — si interessarono sempre agli argomenti svolti, ne compresero benissimo l'importanza e se ne fecero assertori convinti nelle proprie famiglie.

E mentre si conseguivano questi non disprezzabili effetti, non si tralasciava di vigilare giornalmente sulla tenuta dei locali scolastici, cercando, e spesso riuscendo oltre ogni speranza, di ottenere dal personale inserviente di curare con criteri razionali, derivanti dalla cognizione esatta di quello che si faceva, una buona tenuta dei locali stessi. Chè la relazione insiste particolarmente sulla grande utilità per l'igienista di avere cooperatori convinti, cioè non ciechi e troppo spesso svogliati strumenti, questi umili e pur così importanti impiegati. Poichè la scuola e tutti i locali annessivi, se sieno sempre ben tenuti e puliti, possono rappresentare per gli alunni una continua lezione di fatti. Istintivamente essi cercano di mantenersi puliti e adagio adagio fin[illegible] per prendere l'abitudine della pulizia.

Un altro effetto anche si raggiunse.

Alcune famiglie mandavano a scuola i propri figli sempre sporchi: sia per la mancanza di tempo delle madri obbligate ad uscire presto di casa per recarsi alle officine, sia per il prezzo elevato del sa-

pone, sia per la pigrizia e le abitudini inveterate di poca pulizia, sia spesso per tutte queste cause insieme, si verificava purtroppo quello che molti insegnanti ben sanno: un certo numero di alunni veniva a scuola con mani e viso che non avevano vista l'acqua da parecchi giorni. Ebbene: quando le famiglie seppero che ogni mattina un medico ispezionava la scuola e si interessava sempre dello stato di pulizia degli alunni, ebbero vergogna che di fronte ad altri puliti i loro figli fossero trovati sporchi, e si videro molte mani e molti visetti lavati di fresco ed anche molte testoline ricciute si trovarono sprovviste degli ospiti abituali.

Questo in breve ciò che si può leggere nella relazione del prof. Sclavo e del comm. Pavone.

Ciò che la relazione non dice è quello che il Ministero dell'interno volle fare per degnamente coronare l'opera compiuta.

Si pensò — affinchè il ricordo dell'esperimento non cadesse troppo presto in oblio, e nascesse invece negli interessati il desiderio di una replica — di fare un piccolo regalo, di dare un premio a quegli alunni che maggiormente si erano segnalati nell'apprendere le nozioni impartite e nella applicazione pratica delle norme stesse.

E siccome era risultato che alcune famiglie erano costrette spesso a mandare a scuola i propri figli con biancheria non lavata talora da mesi, perchè non ne possedevano che una sola muta, il premio si fece consistere in un corredino da assegnarsi ai più bisognosi tra i più bravi.

La materia prima per questi premi venne acquistata a spese del Ministero dell'interno e la confezione dei corredini venne affidata alle maestre ed alle alunne delle scuole fiorentine, che ne assunsero l'incarico con vero entusiasmo.

Si chiuse così ottimamente questo primo esperimento di propaganda igienica dovuto all'iniziativa della Direzione generale della Sanità pubblica che vi presiedette, e alla corrispondenza, ad essa, della feconda attività di coloro che ne cercarono la attuazione, e la cui parola, perseverante e convinta, riuscì a infondere fiducia da prima, e poi passione, entusiasmo, nei sanitari incaricati in ogni città della condotta dell'esperimento.

I quali, per la maggior parte ufficiali sanitari già oberati da intenso e sfibrante lavoro in conseguenza dello stato speciale creato anche nel campo sanitario dalla guerra, seppero, pure in mezzo alle difficoltà del momento, trovare il tempo per svolgere in modo sempre lodevole — e si vide dagli effetti raggiunti — il loro non facile nè lieve programma con il maggiore e più encomiabile disinteresse, che bene ha loro meritate le parole di lode che loro rivolge la pregevole relazione di cui abbiamo segnalato il contenuto.

Per la smobilitazione degli aspiranti medici. (*)

Caro *Policlinico*,

Tu che hai sempre validamente sostenuto gli interessi degli studenti di medicina, è doloroso che non ti sia ancora occupato che molto superficialmente di quelli di noi, disgraziati studenti del 7° anno!

Noi abbiamo avuta l'ironia di un corso accelerato a Padova, *tanto per metterci in condizioni di occupare i posti più pericolosi* e cioè i posti di medicazione reggimentale, vita di trincea sempre al contatto del nemico, confortati però dal mirifico grado di aspiranti perpetui — quel grado che è stato abolito per tutti gli altri, anche provenienti dalle scuole elementari! — Per compenso mentre era obbligo dare licenze per esami agli studenti di Liceo o Istituto tecnico, *a noi sono state negate;* dovevamo utilizzare i *giorni di licenza ordinaria* che per tutti gli altri erano giorni di pace e di ristoro in seno alle famiglie e che per noi avrebbero dovuto essere giorni di lavoro e di pensieri, dopo la splendida preparazione che si era potuta fare in trincea con accompagnamento di artiglierie!

Avendoci più volte fatto sperare in una sistemazione, finalmente oggi ci si dice che non possiamo essere trattati diversamente dai colleghi di altre Facoltà, di quei colleghi che però sono già tutti capitani, almeno. È vero che essi erano delle armi combattenti, e noi imboscati in Sanità! Ma si domanda *se le trincee dove essi combattevano fossero diverse da quelle* dove noi stavamo medicandoli e confortandoli, *qualcuno morendo come loro,* senza però neppure il conforto di potersi difendere sotto la pioggia dei proiettili e l'azione dei gas asfissianti!

Questa è la pura verità. Noi, proprio noi soli, siamo stati egoisticamente sfruttati e sarebbe proprio tempo che si riflettesse che non siamo *nè studenti, nè medici,* pensando che la Patria a cui tutto abbiamo dato ne avrà bisogno *non più come aspiranti perpetui,* ma come combattenti non il feroce tedesco, ma i non meno feroci morbi che decimano la povera umanità.

A te, caro *Policlinico,* rimettiamo il mandato della nostra difesa e ti ringraziamo, augurandoci che sia posto termine a questo ingiustissimo trattamento fatto per noi soltanto che *minacciamo diventare studenti dell'8° anno!*

Un gruppo di studenti di medicina del 7° anno.

(*) Ci pare doveroso fare giustizia ai reclami degli studenti del 7° anno. Per la verità, all'argomento ci eravamo già interessati più volte e con calore. Pubblichiamo questa lettera malgrado l'ingiusta rampogna verso di noi, nella speranza che l'insistenza giovi alla causa della giustizia.

N. d. Redaz.

NOTIZIE DIVERSE

Congresso di ostetricia sociale.

Il 5 corr. presso l'Università di Roma venne inaugurato questo Congresso, da noi già annunziato.

Erano presenti S. E. Roth per il Governo, il prof. Badaloni per il Prefetto, il sen. Marchiafava per il Comune, il prof. Tonelli per l'Università, il Comitato ordinatore e molti cultori della specialità.

I lavori si svolsero attivi.

Daremo più ampia notizia dell'importante convegno nel prossimo numero.

Ispezione generale del Presidente della C. R. I.

Il presidente della C. R. I. sen. Frascara, accompagnato dal direttore magg. generale Prezzi, ha ispezionato tutta l'organizzazione sanitaria della C. R. in zona di guerra, per accertare le provvidenze adottate a favore delle popolazioni liberate e per dare le disposizioni relative al ritiro delle unità che, avendo espletato il loro compito, ritorneranno presto alle loro sedi; ha fatto un sopraluogo al deposito generale dei materiali di soccorso stabilito in Treviso, interessandosi al complesso servizio di raccolta, smistamento e distribuzione e impartendo disposizioni su quanto resta da fare; ha visitato anche le unità ospedaliere devolute a servizi civili, raccomandando che la funzione ospedaliera sia sempre integrata con distribuzione di medicinali, generi di *comfort*, alimenti e indumenti.

L'organizzazione sanitaria a Trieste.

A Trieste all'organizzazione sanitaria civile provvede un ufficio di sanità. Funzionano in città tre ospedali con un totale di 3000 letti, il lazzaretto per la marina mercantile, l'ospedale di isolamento per le malattie infettive e lo stabilimento di disinfezione.

Per la profilassi dei profughi si sono istituiti un posto di controllo alla stazione ferroviaria e un posto di sosta (5000 letti) per ricoverarvi profughi in attesa degli accertamenti sanitari.

Medici italiani nel Belgio.

Per desiderio epresso dalla regina del Belgio e con l'appoggio della regina Elena, dodici medici chirurgi italiani si sono recati nel Belgio, ove presteranno l'opera loro per quelle popolazioni, che di medici hanno moltissimo bisogno.

L'ospedale per bambini di Napoli.

Con D. L. l'Ospedale per bambini di Napoli è stato eretto in Ente morale sotto il titolo di «Pausillipon sanatorium» e ne è stata deferita la gestione tecnica ed economica provvisoria ad un Consiglio, cui resta affidato anche l'incarico di preparare e presentare all'approvazione lo statuto organico per la nuova Opera pia.

In onore del dottor Paolucci.

L'Università di Napoli, auspice la redazione de «La Riforma Medica», ha tributato cordiali onoranze all'eroico ufficiale medico.

La cerimonia si tenne nella sala De Sanctis. Parlarono i proff. Cardarelli, Bianchi, Marfori, Ria, Oglialoro, un rappresentante della *Corda Fratres* e il dott. Paolucci, inneggiando alla conquista della libertà compiuta col sacrificio e con l'eroismo di tanti eletti.

La Presidenza generale della Lega Navale Italiana ha deliberato di consegnare la grande medaglia d'oro al valor militare (premio Nazario Sauro) al tenente colonnello Rosselli e al capitano Paolucci.

Alla memoria della signora Mangiagalli.

Gli insegnanti dei RR. Istituti clinici di perfezionamento di Milano, ad iniziativa del prof. Luigi Devoto, volendo onorare la venerata memoria della Signora del loro decano e capo prof. senatore Luigi Mangiagalli, offrono due borse di lire cinquecento da assegnarsi a due giovani medici che, trasferendosi a Milano, frequentino per quattro mesi, a partire dal 15 febbraio 1919, l'Istituto ostetrico ginecologico.

I due medici avranno alloggio gratuito nell'Istituto.

Le domande, che si devono indirizzare alla Segreteria dei RR. Istituti clinici (via Commenda, 12) saranno esaminate da apposita Commissione.

Il sen. Mangiagalli ad onorare la memoria della compianta sua consorte, ha disposto perchè siano consegnate agli Istituti clinici di perfezionamento centomila lire di Prestito Consolidato, a favore esclusivo dell'Istituto Ostetrico ginecologico.

Il Consiglio amministrativo degli Istituti deliberò di collocare nell'atrio della Sala delle conferenze un medaglione della signora dell'illustre benefattore, al quale rivolgeva ringraziamenti anche in nome delle malate.

Beneficenza.

Il «War Fund Relief» fra soldati e marinai alleati ha inviato 100,000 lire al nostro Ministro degli Esteri perchè siano distribuite fra ottocento soldati italiani ciechi di guerra.

Il cav. Emilio Balzarini — industriale in apparecchi d'uso sanitario — ha dotato a sue spese di tutti gli apparecchi occorrenti il nuovo Padiglione di meccanoterapia intitolato a Francesco Ponti presso l'Ospedale Maggiore di Milano.

Il prof. G. P. Grimaldi, che per molti anni fu rettore dell'Università catanese, ha legato l'ingente suo patrimonio, ammontante a 700,000 lire, in beneficenza. Egli ha disposto che un quarto delle rendite passi all'Università pel conferimento di borse di studio per gli studenti di Modica; un altro quarto sia destinato all'Accademia Gioienia di Scienze naturali; un altro vada all'Ospedale civile di Modica; il rimanente passi in aumento patrimoniale. Il munifico testatore ha poi legato all'Università catanese tutti i suoi strumenti e oggetti di fisica, di notevole valore.

L'Amministrazione del Mutuo Sindacato Nazionale infortunii, visti i rilevanti avanzi del bilancio 1918, ha proposto di prelevare la somma di lire 100,000 per la creazione di un'opera di previdenza sociale, sulla quale deciderà un'apposita Commissione, in cui entrerà pure una rappresentanza della classe operaia.

Il Mutuo Sindacato ha pure partecipato alla sottoscrizione « Pro combattenti » con altre 100,000 lire in titoli del V Prestito.

I nostri connazionali residenti al Brasile hanno inviato, a mezzo del nostro ministro a Rio de Janeiro, comm. Mercatelli, altre 100,000 lire per il Sanatorio fondato dal « Giornale d'Italia » ad Ariccia per i bambini minacciati dalla tubercolosi.

Il totale delle somme inviate fin'ora al Sanatorio da quei nostri benemeriti connazionali ascende a lire 300,000.

Nuovo periodico.

Vedrà prossimamente la luce una *Rivista di Biologia,* in fascicoli bimestrali, la quale raccoglierà, in una prima parte, lavori originali di biologia, attinenti a questioni di carattere generale, e riviste sintetiche sopra argomenti di attualità; una seconda parte sarà completamente dedicata alla recensione dei lavori più notevoli, pubblicati nelle riviste scientifiche nazionali e straniere e negli atti delle accademie, ecc. Particolare importanza sarà data alle applicazioni pratiche delle scienze biologiche.

Il contenuto delle materie sarà così distribuito: 1. Biologia generale e genetica, citologia e protistologia; 2. Morfologia e fisiologia comparate degli animali e delle piante; 3. Applicazioni pratiche della zoologia (talassobiologia e pesca, entomologia agraria, zootecnia, ecc.) e della botanica (scienza forestale, patologia vegetale, ecc.); 4. Patologia sperimentale e comparata, eugenica, igiene sociale; 5. Storia e metodologia delle scienze biologiche; 6. Movimento scientifico internazionale.

Saranno direttori del nuovo periodico i professori Osvaldo Polimanti di Perugia e Gustavo Brunelli di Roma; ne sarà editore il dott. Giovanni Bardi, tipografo del Senato.

I direttori e l'editore invitano a collaborarvi tutti i cultori italiani di biologia, senza alcuna distinzione di tendenze e di scuole.

Alla coraggiosa iniziativa, che otterrà il favore e l'appoggio dei medici colti, auguriamo cordialmente la fortuna che merita.

Alla Facoltà medica di Parigi.

Presso la Facoltà Medica di Parigi, una delle due cattedre di Patologia interna è stata trasformata in cattedra di clinica delle malattie infettive, annessa all'Ospedale Claude Bernard, ed affidata al prof. Teissier.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp*

Anno XXVI — Roma, 19 gennaio 1919 — Fasc. 3.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

ABBONAMENTI PER IL 1919.

	ITALIA	ESTERO	
Alla sezione pratica	L. **20**	Fr. **25**	in oro
Alle sezioni medica e pratica	» **25**	» **35**	in oro
Alle sezioni chirurgica e pratica	» **25**	» **35**	in oro
Alle sezioni medico-chirurgica e pratica	» **30**	» **40**	in oro

Gli abbonamenti, per l'Italia, si possono pagare anche a rate bimestrali e trimestrali di Lire **5** anticipate.

Saremo assai grati ai Signori abbonati che vorranno affrettare la rinnovazione del proprio abbonamento. Ciò agevolerà molto il lavoro amministrativo e la puntuale spedizione dei fascicoli.

QUESTIONI DEL GIORNO.

La cura dell'influenza.

A distanza di un anno circa dall'inizio della pandemia che tuttora funesta il mondo, le nostre conoscenze sulla cura di questa infezione non sono gran che progredite.

Se la mancanza di ogni cognizione sicura sulla etiologia, l'origine ed il modo di diffusione del *virus* non ha concesso di dare basi sicure alla profilassi della influenza, che malgrado tutto vaga ancora tra molte difficoltà e incertezze, maggiori incoraggiamenti non si sono avuti dalla terapia, la quale, non ostante i numerosi tentativi scientifici ed empirici, non si è arricchita di mezzi che possano ritenersi veramente soddisfacenti.

Ogni giorno si sente vantare la efficacia curativa di questo o quel farmaco, ma il numero delle vittime che in tutto il mondo ogni giorno miete la influenza, sta a dimostrare quanto illusoria o ciarlatanesca sia la virtù dei medicamenti decantati.

Non poche sono le sostanze indicate come rimedî infallibili della influenza: dall'aglio all'acido fenico, dalla chinina ai salicilici, dal siero di convalescenti ai metalli colloidali c'è tutta una serie di droghe e di preparati che in base a sciocco empirismo o ad esperienza superficiale o unilaterale sono stati ritenuti gli specifici sicuri per guarire la influenza. In tempo di epidemia ognuno mosso da un sentimento di altruismo o da quello spirito di saccenteria che raramente fa difetto, cerca di mettere in mostra le proprie conoscenze e di farne

beneficiare il prossimo. Di questa tendenza si fanno eco i giornali politici che sotto forma di lettere del pubblico o di indicazioni reclamistiche pubblicano ogni sorta di ricette e di consigli più o meno infallibili e più o meno inoffensivi.

Nè a dir vero è più confortevole la lettura dei giornali di medicina. Questi per un lungo periodo di tempo hanno conservato in fatto di terapia della influenza un silenzio che non si può non elogiare. Le conoscenze al riguardo erano così scarse, sarebbe meglio dir nulle, che non si poteva al riguardo suggerire ai lettori nulla di interessante. Da qualche mese i periodici scientifici si vanno occupando diffusamente della quistione esponendo i risultati delle osservazioni e delle esperienze fatte in tutto il mondo civilizzato sulla cura della influenza. Ma i rimedi suggeriti e vantati sono tanti, le opinioni sul medesimo medicamento sono così contrastanti che non si può fare a meno di essere presi da un senso di sfiducia. Nessuno dei metodi proposti dà garanzie di sicurezza, o ha quei caratteri di praticità, che la grande diffusione della malattia fa ritenere indispensabili.

È ben noto che quelle forme morbose, le quali dopo la pandemia del 1889-90-91 erano considerate come influenza, per ragioni di somiglianza con le forme reumatiche erano curate con i salicilici. Per ragioni di analogia e nella supposizione che l'attuale pandemia non fosse che una esacerbazione ed una maggiore diffusione di tali forme note sotto il nome d'infezioni influenzali, i primi medicamenti impiegati furono i *salicilici*. Ma la pratica ben presto dimostrò la inefficacia di tali preparati, e le ulteriori osservazioni consigliarono ad essere molto prudenti nella somministrazione di tutti i derivati dall'acido salicilico. Molti autori ora sconsigliano in modo assoluto l'uso dei salicilati e dell'aspirina perchè indeboliscono il cuore, la cui funzionalità molto compromessa nella infezione influenzale deve essere per quanto più è possibile risparmiata. I salicilici d'altra parte aumentano la sudorazione, il che costituisce un altro fattore di indebolimento.

I salicilici dunque lungi dall'essere i medicamenti specifici della influenza riescirebbero dannosi, non dovrebbero essere quindi somministrati o per lo meno in dosi molto piccole e solo come antipiretici o antinevralgici.

Non manca però chi ha ancora fede in tali preparati.

Robinson di New York sostiene tuttora che il salicilato di ammonio se non lo specifico è il rimedio più efficace contro la influenza. Agirebbe non solo come curativo ma anche come preventivo. Preso a tempo opportuno preverrebbe le complicazioni bronco-polmonari. Somministrato in soluzione alla dose di mezzo gramma ogni due ore avrebbe azione antimicrobica nel sangue, si eliminerebbe per i pulmoni donde un'azione elettiva su questi organi ed infine sarebbe tollerato dallo stomaco meglio di ogni altro preparato salicilico. L'autore però non documenta le sue osservazioni con una larga casistica.

Un altro rimedio di cui si è vantata l'azione curativa specifica ed anche profilattica è la *chinina*. L'uso e l'abuso di questo farmaco durante l'attuale epidemia è stato veramente notevole, ma i risultati non hanno certo sodisfatto le speranze riposte in esso. In Francia specialmente ancora si sostiene la efficacia della chinina e si afferma che gli insuccessi sono dovuti alla scarsezza delle dosi propinate: per avere risultati sicuri occorrerebbe somministrarlo in quantità piuttosto elevate, non meno di due grammi al giorno. Ma un tale sistema non è davvero consigliabile: la somministrazione della chinina si può consentire solo a piccole dosi come tonico e antipiretico.

Tuttavia Armando Gautier ha comunicato all'Accademia di medicinaa di Parigi nella seduta del 3 dicembre 1918 i risultati favorevolissimi dell'impiego della chinina nella cura della influenza. Egli però adopera un sistema di somministrazione speciale diluendo il farmaco in notevole quantità di soluzione fisiologica ed associandolo all'arsenico. Inietta sotto la pelle dell'addome due volte al giorno, mattina e sera, 400 grammi del seguente siero chino-arsenicale:

Soluzione fisiologica sterilizzata (gr. 8 di cloruro sodico in un litro di acqua)	cmc. 400
Idroclorato di chinina	gr. 0.50
Dimetilarsinato sodico	» 0.05

Su 42 malati così trattati si sono avuti 4 morti: questi ultimi però erano stati curati tardivamente, 10 o 17 giorni dopo l'inizio della malattia. Negli altri 38, guariti in seguito alle iniezioni, si osservò subito scomparsa della cianosi e della dispnea, spesso malgrado la persistenza dei segni obbiettivi della congestione polmonare semplice o bilaterale. Dopo due o tre iniezioni si notava nei malati un senso di euforia. Nei casi più tenaci le iniezioni di ripetettero per cinque o sei giorni sempre con risultato sodisfacente e senza che mai le condizioni renali (i malati erano tutti albuminurici) avessero a soffrirne danno.

Variot ha sperimentato questo metodo di

cura nei bambini ed ha potuto confermarne senza riserve la efficacia.

Alberto Robin ha praticata la cura proposta da Gautier su 32 individui affetti da forme gravi di influenza con bronco-pulmoniti, pulmoniti ed anche pleuriti. Ha subito ottenuto miglioramenti notevoli e guarigione in tutti tranne che in una donna, la quale, ammessa in clinica in condizioni asfittiche gravissime, morì qualche ora dopo la iniezione di siero chino-arsenicale. Secondo Robin le azioni farmacodinamiche di questo siero sarebbero le seguenti: l'arsenico aumenta l'appetito, rinvigorisce le forze, solleva la pressione arteriosa ed aumenta il numero dei corpuscoli rossi; la chinina a piccole dosi accresce l'attività leucocitaria specie quella dei fagociti, solleva la pressione arteriosa, tonifica il cuore e rallenta i suoi battiti, diminuisce la disintegrazione organica, stimola il sistema nervoso e la energia muscolare; le iniezioni sottocutanee di soluzione fisiologica regolarizzano la tensione arteriosa, eccitano l'attività delle grandi funzioni organiche, provocano una leucolisi temporanea seguita da iperleucocitosi, aumentano la diuresi e la eliminazione di urea.

Il metodo consigliato da Gautier, benchè non appaia confortato dai risultati di una casistica abbondante, merita di essere sperimentato largamente sia pure a titolo di controllo.

È stato tentato l'uso dei *preparati colloidali*, dell'electrargolo sopratutto. La via endovenosa darebbe risultati migliori. È stato consigliato di iniettare da 2 a 3 cmc. di electrargolo per 3 o 4 giorni consecutivi. Tropenard riferisce che non ha avuto nessun decesso su circa cento malati gravi di influenza curati con l'argento colloidale. Anche altri autori, come Artom, hanno avuti buoni risultati. Remond ha fatto degli studi comparativi su gli effetti dell'oro, dell'argento, del rodio e della canfora colloidale. Con tutti si hanno vantaggi effettivi nella cura della influenza, ma l'oro e l'argento dànno delle reazioni generali moleste per quanto non pericolose. Invece i colloidi di rodio e di canfora non danno nessuna reazione specialmente quando siano adoperati in piccole quantità.

Per avere risultati evidenti basta iniettare 10-15 cmc. di siero canforato. Questo si prepara mantenendo per 24 ore 20-25 gr. di canfora polverizzata in un litro di soluzione fisiologica (formula di Hayem) ed agitando di tanto in tanto; si filtra su carta e si sterilizza. La soluzione si intorbida col calore e si chiarifica col raffreddamento. Cento grammi di questo siero contengono circa dieci centigrammi di canfora.

Dopo la iniezione endovenosa di 10-15 cmc. di siero canforato la temperatura rettale, secondo quanto riferisce il Remond, cade di 1 a 3 gradi nella giornata, lo stato generale ritorna apparentemente normale, la lingua si pulisce, il polso si regolarizza, e le lesioni pulmonari decorrono benignamente.

A proposito di *canfora* bisogna notare che anche questo medicamento è stato per qualche tempo ritenuto lo specifico della influenza.

Per quanto questa opinione non possa essere accettata, è certo che la canfora si è dimostrata nell'attuale epidemia il farmaco sul quale si può fare più assegnamento. Senza volere contare sul suo potere antimicrobico nel sangue ed all'atto di eliminarsi per i pulmoni, è certo che la canfora è il cardiotonico più sicuro e meno dannoso. Tutti sono concordi in questo che, qualunque sia il trattamento adoperato, agli ammalati di influenza, specie quelli con localizzazioni bronco-pulmonari, conviene praticare sempre e ripetute volte al giorno iniezioni di olio canforato.

I tentativi fatti con la *sieroterapia*, se non hanno dato finora risultati molto sicuri, consentono qualche speranza. Si è adoperato il siero prelevato da individui che hanno superato la infezione nella forma bronco-pulmonare e si trovano in istato di convalescenza. Le difficoltà stanno nell'accertamento del perfetto stato di salute del datore sopra tutto nei rapporti della sifilide (reazione di Wassermann). Un altro inconveniente è costituito dal fatto che per ottenere risultati decisamente favorevoli si è dovuto ricorrere a dosi generose di siero (70-80 cmc.) fino a raggiungere con le successive iniezioni endovenose circa 300-400 cmc. Ora non è prudente sottrarre ad un individuo convalescente di una grave infezione tanto sangue. Nè si può ricorrere alla conservazione del siero dopo averlo prelevato da parecchi individui, perchè pare che dopo 24 ore o poco più il siero perda la sua efficacia. Allo stato dei fatti quindi la sieroterapia non ha ancora acquistato titolo ad entrare nella pratica medica ordinaria: sono necessarie troppe manipolazioni di laboratorio, le quali non consentono l'adeguata applicazione di un tale sistema di cura per una malattia che ha tanta diffusione.

Nè più vantaggiosa, se pure in alcune forme più pratica, si è dimostrata la vaccinoterapia: si sono preparati vaccini con culture di bacilli di Pfeiffer, di pneumococchi, di strepto e stafilococchi, ecc., vaccini monovalenti e po-

livalenti che hanno solo valore commerciale. In fatto di vaccinoterapia si sono avute troppe delusioni per infezioni ad agente patogeno noto, perchè si possa aver fede nella vaccinoterapia per una infezione la cui etiologia è ancora poco definita.

***

Allo stato dei fatti adunque ed in attesa che siano confermati i successi della terapia causale vantati da molti, non resta che limitarsi alla terapia sintomatica o fisiologica. Per ora tutto deve essere indirizzato allo scopo di diminuire le probabilità di complicazioni, di lottare contro le cause immediate di morte, di sollevare l'infermo dalle sue sofferenze.

Per la influenza, come del resto per tutte le malattie, il compito del medico deve essere innanzi tutto fare il minore male possibile. Al riguardo bisogna tener presente che la tossi-infezione influenzale induce uno stato di indebolimento generale, che non bisogna aggravare con inutili sforzi fisici o con avvelenamenti medicamentosi. Al malato deve essere prescritto assoluto riposo e meno medicine che sia possibile. Non si devono quindi far fare movimenti riducendo l'esame medico al puro necessario; non si devono dare purganti forti che debilitano l'ammalato ed insieme lo costringono a frequenti evacuazioni; non bisogna somministrare medicamenti che producano eccessiva sudorazione e che quindi, a parte la loro azione deprimente sul cuore, debilitino l'infermo e lo costringano a muoversi per cambiare camicie e lenzuola.

La dieta deve essere liquida (latte, brodo, uova). È sconsigliabile l'uso dell'alcool sotto qualsiasi forma: oltre ad avvelenare i centri del cuore e del respiro, determina un aggravamento della cefalea. Se ne giustifica l'uso solo in piccolissima quantità, come euforico e come stimolante fugace dell'attività cardiaca.

Le condizioni del cuore devono essere continuamente sorvegliate osservando lo stato generale (facies, cianosi, dispnea, delirio, ecc.) e lo stato del polso. Già prima che si manifesti un evidente indebolimento del cuore è prudente praticare iniezioni di olio canforato al 20 % ad intervalli di tre ore. Occorrendo si ricorrerà alla stricnina, alla digitalina, alla sparteina e alla caffeina.

La sintomatologia della influenza, essendo stata considerata come la espressione di un iposurrenalismo, sono state consigliate anche le iniezioni di adrenalina, alla quale si è voluto dare il valore di un rimedio specifico che in effetti non ha.

La *febbre*, come è noto, può raggiungere gradi molto alti. Ma di essa bisogna preoccuparsi solo quando la temperatura influisce sulle condizioni della circolazione e del respiro o sulle condizioni mentali. Tuttavia quando la temperatura è alta i centri nervosi sono più compromessi, e quindi proprio quando più ve ne sarebbe bisogno non si può ricorrere agli antitermici chimici. Parecchi clinici sconsigliano in tali casi tutte le medicine antipiretiche perchè esse sono deprimenti, paralizzano più o meno il sistema nervoso vaso-motore, indeboliscono il cuore, e spesso aggravano le condizioni dello stomaco. Le sostanze stesse abbassano i poteri di resistenza e di difesa quando dovrebbero essere non solo risparmiati, ma rinvigoriti per quanto è più possibile. La caffeina, che generalmente si associa agli antitermici per neutralizzarne gli effetti depressivi, non sempre risulta efficace a tale scopo. Conviene quindi ricorrervi solo nei casi di febbre alta e quando le condizioni dell'infermo lo consentono ed in ogni modo sempre a dosi non eccessive.

Meglio sarebbe adoperare l'idroterapia. Secondo autori americani e inglesi ogni malato d'influenza dovrebbe essere lavato ogni mattina con abbondanti spugnature di acqua calda su tutto il corpo. Già questa pratica ha un'azione benefica sulla termogenesi. Quando la febbre fosse molto alta si potrebbe usare acqua a temperatura di stanza e ripetere la spugnatura parecchie volte al giorno. Nei casi di iperpiressia grave si potrebbe ricorrere agli impacchi freddi, tenendo presente che le localizzazioni bronco-pulmonari non sempre costituiscono una controindicazione per tali impacchi. Non ci dissimuliamo però che questi incontrano gravi ostilità nei malati e nelle famiglie.

In ogni caso, quando la temperatura supera con una certa persistenza i 39° giova applicare sulla testa la vescica di ghiaccio, che oltre ad avere una certa influenza sulla temperatura, calma la cefalea e previene complicazioni cerebrali.

Il trattamento dei *catarri delle vie aree superiori*, delle *bronchiti*, delle *pulmoniti*, delle *pleuriti* deve avere nella influenza lo stesso indirizzo che si segue nelle medesime affezioni dipendenti da altre cause. Così nelle forme bronco-pulmonari, ossia nelle complicazioni più gravi della influenza, giovano le applicazioni calde al torace. Ed al riguardo niente agisce meglio che i cataplasmi senapati di linseme cambiati ogni 4-6 ore fino a che la pelle non si sia arrossata. L'ossigeno deve essere somministrato al più presto, preferibil-

mente riscaldato, p. es. facendolo passare attraverso acqua calda.

Le *rinorragie* tanto frequenti nella influenza raramente assumono una imponenza tale da richiedere un intervento. Occorrendo si faranno tamponamenti a base di adrenalina. Al riguardo bisogna ricordare che alcuni autori hanno constatato che nei casi nei quali le rinorragie sono frequenti ed abbondanti il decorso della malattia è particolarmente favorevole. Si è creduto trovare in ciò una indicazione per il salasso, ma tale pratica non è consigliabile almeno nella generalità dei casi.

La *tosse* costituisce uno dei sintomi più molesti e talvolta anche dannoso per la salute del paziente: essa dà irrequietezza e disturba il sonno, il che non conferisce ad aumentare il potere di resistenza dell'organismo. Occorre quindi calmarla. Quando essa dipende da uno stato di aumentata eccitabilità della mucosa delle vie aeree superiori sono utili le inalazioni di tintura di benzoino (4 parti) con mentolo ed eucaliptolo (1 parte) ed eventualmente applicazioni al naso ed alle fauci di olio di vasellina con cloretone e mentolo al 2 %.

Negli altri casi converrà ricorrere alla codeina e alla eroina. Le applicazioni calde al torace giovano anche per far diminuire la tosse. Comunque durante il periodo acuto e fino a quando le forze non siano sufficientemente ristabilite conviene rinunciare ad ogni medicamento espettorante.

Le *manifestazioni dolorose* della influenza più comuni sono la cefalea, la rachialgia, i dolori al petto. Contro la prima durante il periodo di febbre alta delle forme influenzali gravi gioveranno le applicazioni locali di compresse fredde o la borsa di ghiaccio. Agli antinevralgici si ricorrerà solo nei casi più ostinati ed accentuati, preferendo il piramidone a dosi minime mescolato a caffeina. Quando fosse necessaria una maggiore azione calmante più che aumentare la quantità di piramidone è meglio aggiungere qualche oppiaceo, ad esempio il fosfato di codeina. Contro la rachialgie ed i dolori al petto gioveranno le applicazioni locali calde, umide o secche.

L'*insonnia* che nei casi nei quali è ostinata e tale da deprimere ancora più le forze in via di esaurimento, va combattuta anche se si è costretti a ricorrere a medicamenti ad azione depressiva, il cui svantaggio è sempre compensato dall'azione benefica del sonno. Già nella scelta degli stimolanti è preferibile non dare la preferenza a quelli, come la caffeina, che producono insonnia. Contro questa, per altro, già avranno azione tutte le misure prese per migliorare le condizioni generali e per calmare le manifestazioni dolorose e la tosse per sè stesse sufficienti a disturbare il sonno. Quando fosse necessario si ricorrerà dapprima a bevande leggermente sedative con piccole dosi di bromuro di ammonio e di tintura di valeriana. In caso di insuccesso si ricorrerà alla paraldeide, che quando si avesse vomito ostinato si potrà somministrare per via rettale, ed eventualmente all'idrato di cloralio, che ha sul cuore un'azione meno dannosa che quella dei sonniferi del gruppo del veronal ed è più efficace del solfonal.

I *disturbi mentali* che sono così frequenti sia nel corso della malattia, sia come postumi sotto forma di stati deliranti o confusionali, di agitazione più o meno violenta, vanno calmati con i bromuri, il cloralio, il veronal, i bagni caldi prolungati, e per ottenere una calma immediata se non duratura giovano le iniezioni di morfina. In ogni caso questi malati di mente vanno curati in adatti istituti, sia perchè hanno bisogno di isolamento, sia perchè devono essere sorvegliati continuamente per la loro tendenza al suicidio ed all'aggressività.

Quando il periodo acuto è superato occorrono grandi precauzioni. La influenza lascia uno stato di astenia muscolare e di forte esaurimento del cuore e dei centri nervosi. Se il paziente non si usa tutti i riguardi possibili ancora per parecchi giorni rischia di andare incontro ad accidenti gravi, non esclusa la morte per paralisi cardiaca.

È necessario ancora un lungo periodo di riposo: il paziente deve ritornare al lavoro gradatamente e parallelamente al recupero delle forze. L'alimentazione deve essere aumentata a poco a poco preferendo in primo tempo i cibi di facile digestione e di alto potere nutritivo per ritornare gradatamente all'alimentazione ordinaria.

In complesso la terapia della influenza mira a risparmiare ed a sollevare le forze del paziente, a mitigare i sintomi molesti con mezzi che per quanto più è possibile non diminuiscano o compromettano i poteri di resistenza dell'organismo.

G. DRAGOTTI.

NOTE PREVENTIVE.

Su alcune proprietà fisico-chimiche del sangue di colpiti da bronco-polmonite da influenza.

NOTA PREVENTIVA

del dott. DARIO MAESTRINI,
libero docente di Fisiologia a Roma.

Avendo dal luglio u. s. avuto in cura militari colpiti da forme influenzali, non soltanto ho potuto studiare abbastanza dettagliatamente le varie forme cliniche con cui questa infezione si è sino ad ora presentata, ma ho anche potuto intraprendere qualche ricerca sperimentale.

Mentre altri rivolgevano giustamente l'attenzione all'agente patogeno, io pensavo di vedere se alcune proprietà fisico-chimiche del sangue avessero subito qualche modificazione.

A mia disposizione avevo il viscosimetro dell'Ostwald, lo stalagmometro di Traube, e l'argento colloidale, preparato, per via chimica, da Monico di Venezia.

I mezzi di ricerca, a mia disposizione, non erano quindi molti; in ogni modo mi posi all'opera, e qui riassumerò brevemente i fatti accertati, rimandando a tempo più opportuno la pubblicazione dettagliata delle singole esperienze.

Il sangue di colpiti da influenza, senza complicazioni bronco-polmonari, *non presentò variazioni di sorta, nè rispetto alla sua viscosità, nè alla sua tensione superficiale.* Le ricerche mediante l'argento colloidale, che venne pure usato come rimedio terapeutico, furono eseguite soltanto col siero, ed è necessario fare qualche premessa prima di parlarne.

È noto che l'argento colloidale possiede carica elettrica negativa, ed è anche noto che il siero normale di mammiferi possiede proteine (albumine e globuline) a carica elettrica positiva e negativa. In base poi ad esperienze personali inedite, consta che l'argento colloidale precipita dalla sua soluzione acquosa, quando venga a contatto con una data quantità di siero umano normale e che detta precipitazione non può dipendere dagli elettroliti presenti nel siero.

In caso di siero normale quindi la precipitazione dell'argento potrebbe riportarsi ad azioni di cariche elettriche opposte, svolgentisi tra il colloide inorganico suddetto, che ha carica elettrica negativa, e quelle proteine del siero, che possiedono carica elettrica opposta, cioè positiva.

Ho usato l'argento colloidale in soluzione acquosa 1:500. Di essa versavo 10 cmc. in una provetta e aggiungevo 20-30 goccie di siero; la reazione avveniva a temperatura ambiente.

Ciò premesso, dirò subito che il siero di sangue di influenzati, senza complicazioni bronco-polmonari, si comportava di fronte al *reagente collargolo* come quello di individui normali, od almeno non si notavano differenze ragguardevoli.

Risultati molto diversi si sono ottenuti col sangue e col siero di influenzati, con gravi complicazioni *bronco-polmonari.*

Per le ricerche di viscosità e di tensione superficiale fu usato il sangue defibrinato, e si trovò un *discreto aumento* tanto dell'una che dell'altra proprietà.

Fu poi constatato che il siero aveva *quasi totalmente perduta la facoltà di precipitare l'argento colloidale.*

La interpretazione di quest'ultimo fenomeno non è così facile come parrebbe a prima vista.

Facendo un ragionamento analogo al precedente, si potrebbe pensare ad una diminuzione, nel siero, di proteine a carica elettrica positiva; ma si potrebbe anche pensare ad un aumento di proteine a carica elettrica negativa.

Esperienze, intese a decifrare questa ipotesi, potevano portare a conclusioni di qualche interesse, anche perchè il collargolo è oggi usato come mezzo terapeutico nelle forme influenzali.

Per mancanza di tempo e di mezzi però a questo punto furono troncate le mie esperienze, che ho creduto, sebbene sommariamente, di rendere note.

Zona di guerra, dicembre 1918.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Fisioterapico del Corpo d'Armata di Roma
diretto dal ten. colon. medico prof. GIULIO MARCHESI.

SEZIONE NEVROLOGICA
diretta dal maggiore medico prof. GIOACCHINO FUMAROLA.

Sindrome a tipo di "Morbo di Raynaud" di origine traumatica

per il dott. FRANCESCO SABATUCCI.

La recente letteratura di guerra è ricca delle più svariate lesioni distrofiche in rapporto con le lesioni traumatiche dei nervi periferici. Figurano fra esse distrofie cutanee di vario genere, delle ossa, dei muscoli, dei tendini, delle aponeurosi, e particolare importanza hanno assunto alcune sindromi cliniche in rapporto con disturbi dell'innervazione simpatica (paralisi, contratture riflesse, Babinsky-Froment).

Per quanto i disturbi vasomotori e trofici siano estremamente variabili nelle varie contingenze cliniche, pure certi disturbi si ripetono poi frequentemente in alcune sindromi, altri in altre, in modo che ve ne sono di carat-

teristici in ognuna delle cinque sindromi che Dejerine e Monzon distinsero come consecutive ai traumi dei grossi tronchi nervosi, in rapporto con lo stato anatomico e funzionale dei nervi: sindrome da interruzione completa dei nervi, sindrome da compressione, sindrome da irritazione, sindrome da reintegrazione, sindrome disassociativa.

Si è visto però rarissimamente presentarsi in seguito a traumi dei nervi una sindrome che ricordi bene la sindrome di Raynaud come nel caso che mi accingo a descrivere. Oserei anzi affermare che non ho trovato nella letteratura alcun caso nel quale le crisi di asfissia si succedano alle crisi di sincope locale (cianosi, pallore) come nel mio caso, nel quale è perfetto il ricordo che le caratteristiche crisi del vero morbo di Raynaud, senza però essere giunti alle vere necrosi dei tessuti.

Anche nei casi di morbo di Raynaud da trauma descritti da Mingazzini e Alessandri dopo il terremoto degli Abruzzi (13 gennaio 1915) — unico lavoro nella letteratura — in alcuni si ebbe la cangrena rapidissimamente, tanto da obbligare il chirurgo a interventi di amputazione e anche di disarticolazione dell'anca; in altri più leggeri, i fenomeni si arrestarono alla cianosi, che regredì poi lentamente, ma mai si ebbe l'alternarsi delle crisi sincopali con le crisi di asfissia. E anche il Burg nella pubblicazione, che Mingazzini e Alessandri ricordano nel loro lavoro, fa notare che soltanto in rari casi di neurite, i tre stadi caratteristici della malattia di Raynaud sono stati osservati uno dopo l'altro, cioè lo stadio della sincope locale (pallore), lo stadio dell'asfissia (bleu) e quello della cangrena. Ma non si parla di crisi alternantesi di sincope e di asfissia.

L'interesse quindi del malato che ho avuto occasione di studiare è dato dalla rarità, e dalle deduzioni patogenetiche che ne potranno scaturire in rapporto con il complesso capitolo della patologia del simpatico.

S... A..., di anni 35, da Bellegra. Entrò in questo ospedale il 14 gennaio 1918. Il padre è morto di polmonite, la madre mentre lo metteva alla luce. Il paziente non è bevitore, nega *lues* e qualunque contagio venereo. Soffrì una polmonite nel settembre 1915. Arruolato, andò al fronte il 24 ottobre 1915 e vi rimase fino all'aprile 1917. Il 18 aprile 1917, in seguito allo scoppio di una mina, riportò vaste ferite lacere nella regione volare della mano sinistra con frattura di alcune falangi. Soccorso rapidamente, non rimase esposto al freddo o alle intemperie. Ricoverato in varî ospedali del fronte e della zona, guarì chirurgicamente in circa quattro mesi. La mano durante questo tempo rimase sempre fasciata, con doccia prima, stecca palmare poi, senza apparecchio gessato. Non sa dire quando siano cominciati i disturbi della cute che oggi si vedono, ma sembra che a poco a poco sia andata assumendo l'atteggiamento ed il colorito attuale. Pochi giorni dopo di essere stato ferito cominciò ad avvertire dolori al palmo e al dorso della mano. I dolori sono andati aumentando e si sono estesi anche alla regione flessoria dell'avambraccio, e si accentuano nei cambiamenti di temperatura e quando l'arto è lasciato penzoloni lungo il corpo.

Esame fisico generale. — Nulla si riscontra di anormale. Esame urine e sangue negativo.

Esame neurologico. — Nulla di patologico all'infuori di quanto si riscontra a carico dell'arto superiore sinistro.

Arto superiore sinistro. — È lievemente ipotrofico, in modo più evidente nella mano. Questa presenta il pollice fortemente addotto nel cavo, con la seconda falange flessa sulla prima. Le altre dita presentano la prima falange lievemente flessa sui metacarpi, le altre due iperestese (specie nell'indice) sulle prime. Le falangette delle ultime quattro dita sono edematose ed hanno assunto un aspetto che ricorda quello detto a bacchetta di tamburo. Le unghie sono distrofiche, incurvate, di spessore aumentato, più dure del normale (Fig. 1 e 2). La mano ha un colorito sub-cianotico, che talora aumenta, specie nelle seconde e terze falangi, fino a divenire viola-cupo, quasi nero. Al mattino invece la mano ha un colorito bianco-cereo, che diviene volaceo non appena il paziente si espone all'aria. Il freddo intenso o l'immersione in acqua fredda aumentano la cianosi della mano, che allora assume un colorito nerastro; il caldo e l'immersione in acqua calda la migliorano. Talora le crisi di pallore e di cianosi si alternano nel corso della giornata senza cause apprezzabili. Le crisi di cianosi sono accompagnate da senso di bruciore nel palmo della mano e da dolori, lungo l'avambraccio, da sudore macerante di odore acre. Le crisi di pallore sono accompagnate da ipotermia della cute di tutta la mano, ma più specialmente delle estremità distali delle falangi.

Nella mano si notano inoltre le seguenti cicatrici:

1° Cicatrice irregolare aderente nella faccia palmare del pollice sinistro;

2° Cicatrice irregolare aderente, lunga due centimetri, nella faccia palmare del secondo metacarpo; chiazze cicatriziali nella regione dorsale delle falangi ungueali del terzo e quarto dito; cicatrice irregolare in parte aderente nella faccia dorsale della seconda falange del quinto dito.

I movimenti passivi del braccio e dell'avambraccio e della mano sul polso sono tutti possibili e completi. Nelle dita è completa la flessione del pollice, ridotta a 1/3 l'estensione, abduzione a 1/5, è completa l'adduzione. La flessione metacarpo-falangica delle altre dita è 3/4, l'estensione è 1/2 per il secondo dito, è completa per le altre tre dita. La flessione interfalangica manca assolutamente, meno nelle falangette ove è appena accennata. L'estensione delle seconde e terze falangi è completa. I movimenti attivi sono possibili e completi nel braccio e avambraccio; possibili e completi anche nella mano, ma lenti.

Nelle dita. — La flessione del pollice è ridotta a 3/4, manca l'estensione e l'abduzione; è completa l'adduzione (atteggiamento permanente).

Nelle altre quattro la flessione metacarpo-falangica è ridotta a 1/2, l'estensione a 1/3 per il secondo dito, a 1/2 per il terzo dito, è completa per il terzo, è quasi completa per il quarto

Fig. 1.

e quinto. L'estensione interfalangea è completa meno che per la falangetta del terzo e quinto dito. la flessione è nulla per il secondo dito,

Fig. 2.

è appena accennata fra la falangina e la falangetta del terzo, quarto e quinto dito.

Riflessi. — Mancano il radiale e l'ulnare, presenti gli altri riflessi dell'arto superiore sinistro.

Ipoestesia tattile e dolorifica, specie sulle dita cianotiche.

Le piccole discriminanti per il caldo e il freddo non sono bene percepite. il paziente percepisce soltanto le differenze più notevoli.

Dolorosa la compressione del mediano e specie dell'ulnare nella regione anteriore del polso.

Esame radiografico. — Fratture dei capi articolari falango-falangei del primo dito. Mal definita delimitazione delle teste delle prime falangi delle quattro ultime dita. Sublussazione palmare falango-falangea del pollice con probabile anchilosi articolare. Accentuatissima decalcificazione.

Esame elettrodiagnostico. — Ipoeccitabilità galvano-faradica del nervo ulnare e dei muscoli da esso innervati. Sui muscoli dell'eminenza ipotenare e negli interossei dorsali contrazioni alquanto pigre, con tendenza all'eguaglianza delle formule. Sui muscoli tenari lieve ipo, contrazioni un poco lente, formule normali.

Diagnosi. — Dal punto di vista chirurgico: esiti ferite lacere alla regione palmare della mano sinistra, grave retrazione cicatriziale dei flessori del pollice.

Dal punto di vista neurologico: Sindrome irritativa a carico del mediano e dell'ulnare associata a ipertonia degli interossei e ad una sindrome vasomotoria a tipo « morbo di Raynaud ».

Epicrisi. — L'anamnesi ci ha indicato come l'individuo da noi esaminato riportasse circa otto mesi prima della nostra osservazione (aprile 1917-gennaio 1918) vaste ferite lacere della regione volare della mano con frattura di alcuni metacarpi, in seguito allo scoppio di una mina. Mentre con le opportune cure le lesioni chirurgiche andavano guarendo, nell'arto leso — senza cause apprezzabili — si andavano svolgendo altri fenomeni che a poco a poco portavano la mano sinistra alle condizioni da noi descritte.

Le lesioni chirurgiche quindi passavano in seconda linea, se si eccettui la rilevante retrazione cicatriziale dei flessori del pollice, in contrapposto ai fenomeni di natura distrofica, in evidente rapporto con lesioni del sistema nervoso periferico. È ovvio infatti dimostrare che nel paziente in esame si è andata sviluppando una sindrome irritativa a carico dei nervi mediano ed ulnare. Basta pensare che dopo pochi giorni dalle ferite, il paziente cominciò a soffrire di dolori nel palmo della mano, irradiantisi in alto lungo la regione flessoria dell'avambraccio. Detti nervi sono dolenti alla pressione digitale, specie nella regione del polso. L'esame elettrico ha mostrato indubbie — se non gravi — alterazioni di eccitabilità: ipo galvano-faradica del nervo ulnare e dei muscoli da esso innervati, con tendenza all'eguaglianza della formula sugli ipotenari e sugli interossei dorsali; ipo galvano-faradica e contrazioni lente anche dei muscoli tenari. Il paziente non è un ferito dei nervi nel senso che nè il mediano nè l'ulnare furono colpiti nel tronco — nel decorso dal plesso fino alla mano — ma solo nelle loro terminazioni nel palmo della mano; sono cioè le terminazioni nella cute e nei muscoli della mano che furono lesi dalle ferite multiple

e laceranti che lo scoppio determinò. La sindrome quindi a carico dei nervi non potè non svilupparsi che con cammino ascendente, dalle fibre terminali verso il tronco principale.

Fin qui il caso non avrebbe peculiare importanza. Sono invece di alto interesse l'altro gruppo di fenomeni osservati in rapporto con la lesione nevritica dei due tronchi citati: ipertonia degli interossei, alterazioni distrofiche dei tegumenti e delle ossa, alterazioni vasomotorie. L'ipertonia (contrattura) di un gruppo muscolare e le alterazioni distrofiche dei tegumenti (pelle, glandole sudorifere, unghie, peli) e delle ossa (decalcificazione) sono fenomeni ben noti come conseguenza di lesioni dei nervi.

È da notare infatti come in molte delle sindromi rese frequenti dalle ferite di guerra si associano fenomeni di natura certamente neuritica (amiotrofie a tipo neuritico, disturbi di sensibilità nel territorio cutaneo d'innervazione di un nervo, alterazioni qualitative della eccitabilità dei muscoli e dei nervi) con fenomeni che — seguendo il concetto patogenetico di Babinsky-Fromment — sono riportabili a quelli di natura riflessa.

Se però è noto che nelle sindromi da irritazione dei nervi si possono osservare fenomeni svariati a carico dei tegumenti e delle ossa, e fenomeni vasomotori diversi (pallore, rossore, cianosi, ipertermia o ipotermia, iperidrosi o anidrosi), fenomeni tutti che differiscono ormai nettamente da quelli delle sindromi da interruzione dei nervi, è pur vero che è rarissimo l'alternarsi delle crisi di sincope locale con quelle di asfissia, con un ritmo che ricorda assai da vicino quanto avviene nella sindrome di Rayanud. Infatti Mingazzini ed Alessandri (1) dicono come l'« associazione di paralisi, per lo meno di quelle neuritiche alle sindromi di Raynaud, non è avvenimento ordinario, anzi a giudicare da quanto ne riferiscono i neuropatologi, piuttosto raro ».

Non è lecito dalla patogenesi di un caso risalire alla patogenesi di tutti, specie in una sindrome che per le moderne vedute etiologiche sulle sindromi vasomotorie non ha più gli antichi limiti nosografici così ben delimitati; ma certo il caso da me descritto ben si presta a concepire il morbo di Raynaud come una sindrome a patogenesi essenzialmente simpatica.

Basta infatti pensare alle strette somiglianze fra eritromelalgia di Weir Mitchell, causalgia post-traumatica e sindrome a tipo di Raynaud per vedere che, se si può ammettere per le prime due un rapporto con il trauma delle vie nervose vegetative decorrenti insieme con i nervi somatici e coi vasi sanguigni degli arti (Trocello), ciò si può ammettere anche per la terza. Seguiamo infatti a questo proposito il raffronto che fa Trocello (1) fra la eritromelalgia e la causalgia post-traumatica; « se consideriamo — egli dice — la sindrome irritativa nervosa che consegue ai traumi che colpiscono i tronchi nervosi e i vasi degli arti e mena alle causalgie, possiamo fino ad un certo punto schematizzare la successione dei fenomeni vascolari nel modo seguente: in primo tempo si osservano fenomeni di angiospasmo, di aumento nel tono vascolare. La pelle diviene pallida, più fredda, il paziente accusa senso di torpore, formicolio ed anche dolenzia. In questo periodo, che può avere la durata di poche ore e può prolungarsi parecchi giorni, che può essere appena apprezzabile clinicamente e che precede i dolori causalgici, si rilevano agevolmente i disturbi motori e sensitivi dovuti al traumatismo delle fibre nervose somatiche dell'arto. In secondo tempo insorgono fenomeni di vasodilatazione cui consegue abbassamento del tono vascolare. La pelle diviene di colorito rosso-vivo o rosso-salmone, od anche scarlatto, la temperatura locale aumenta, il paziente viene colto da sensazione di calore, di bruciore, fino alla intensità del dolore urente, parossistico, tormentoso, descritto accuratamente dal Weir-Mitchell. Se noi ora immaginiamo di fermarci a quanto si osserva nel primo periodo della causalgia da trauma e che i fenomeni di angiospasmo si acutizzino in crisi di asfissia, ecco venir fuori i due periodi della sindrome a tipo Raynaud con il ritmo caratteristico da noi osservato, nel nostro infermo ».

Ora come la comunanza della sintomatologia, per quanto riguarda i disturbi vasomotori, secretori, trofici e sensitivi autorizza a raffronti patogenetici fra le due sindromi (eritromelalgia e casualgia), del pari siamo autorizzati a farne fra la sindrome a tipo Raynaud, che abbiamo descritto, e l'eritromelalgia.

La patogenesi dell'eritromelalgia per il Weir-Mitchell (1913) si riassume essenzialmente in una neurite periferica provocante uno stato di abnorme eccitamento di centri vasomotori e secretori del midollo. Il Lannois e il Seebigmuller riconobbero una paralisi vasomotrice, il Senator una dilatazione vascolare attiva, altri autori ammisero una lesione delle fibre nervose sensitive e dei gangli, delle pareti

(1) MINGAZZINI e ALESSANDRI: *Sindrome acuta di Raynaud associata a paralisi delle estremità.* Policlinico, Sezione Medica, 1 ottobre 1915.

(1) E. TROCELLO: *Sui disturbi trofici ossei conseguenti alle lesioni traumatiche dei nervi periferici.* Supplemento agli Annali di Medicina Navale e Coloniale, vol. I, 1918.

dei vasi. Il Cassirer considera l'eritromelalgia in alcuni casi quale una sindrome appartenente ad una malattia nervosa o vascolare, in altri casi quale una malattia autonoma del sistema simpatico (*sensu strictiori*). Quando si svolge come malattia autonoma, può consistere, secondo il medesimo autore, in una nevrosi pura dei centri vasomotorî, secretorî, sensitivi e trofici; ovvero dipendere da stati irritativi delle fibre nervose periferiche vaso-dilatatorie, secretive e vaso-sensitive. Infine per altri autori, tra i quali l'Hiper, l'eritromelalgia rappresenterebbe un esempio tipico di paralisi dei nervi vasocostrittori, facendo per tal modo riscontro alla malattia di Raynaud, esempio altrettanto caratteristico di spasmo dei medesimi nervi, vegetativi. Ognun vede quanto l'ipotesi d'Hiper sia verosimile nel nostro caso. Infatti il rapporto di causa ad effetto fra lesioni nervose e sintomatologia sarebbe completo: con lo stabilirsi della sindrome irritativa a carico del mediano e dell'ulnare si sono avuti i fenomeni clinici a tipo neuritico; per lo spasmo dei vasocostrittori la sindrome angiospatica. Ciò ben si accorda anche con le vedute del Leriche il quale sostenne dinanzi alla Società di Neurologia di Parigi che la causalgia e i fenomeni connessi dipendono da una neurite delle vie simpatiche dell'arto traumatizzato.

Per comprova del fatto si deve pensare al genere della lesione; ferite numerose, laceranti con distruzioni cutanee estese, in un territorio che ha così larga innervazione simpatica.

Il caso descritto mostra anche l'importanza dell'elemento etiologico « freddo » nella genesi di queste forme (Mingazzini). Infatti nel paziente peggioravano i sintomi di sincope locale fino all'asfissia, con il freddo atmosferico, con l'immersione nell'acqua fredda, si mitigavano con il letto, con l'impacco caldo, con l'immersione in acqua calda.

SUNTI E RASSEGNE.

PSICHIATRIA.

Il fenomeno allucinatorio.

(G. MONTESANO. *Quaderni di Psichiatria*, 1918, n. 11-12).

La patogenesi delle allucinazioni malgrado sia stata oggetto di molti studî rimane ancora oscura. Numerose ipotesi sono state formulate ma nessuna spiega il fenomeno in modo completo e soddisfacente. A spiegare le allucinazioni psico-sensoriali si sono finora manifestate due tendenze: l'una le fa derivare da un'abnorme attività di particolare territorio nervoso per modo che le imagini di genesi interiore acquistano un colorito che le rende simili a quelle prodotte da stimolazione esterna degli organi sensoriali; l'altra che riporta l'erronea intuizione a un disturbo di sintesi mentale.

La prima tendenza è determinata dall'indirizzo prevalso per molti anni in psichiatria di dare a tutti i processi psichici una sicura e determinata localizzazione anatomica.

Si è sostenuto che l'allucinazione avesse una origine periferica; alle imagini mentali se ne aggiungerebbe qualche altra dipendente dalla stimolazione abnorme del rispettivo organo di senso, e l'aggiunta farebbe sì che tutto il complesso imaginativo acquistasse caratteri di corrispondenza con una realtà obbiettiva attuale. Tale ipotesi è stata sostenuta in base ad osservazioni cliniche ed a sperimentazioni, che però non sono abbastanza numerose, e quel che più conta, non sono adattabili a tutti i casi e non sono sufficienti a dare una interpretazione del fenomeno in tutta la sua complessità. Del resto a parte la circostanza che resta a dimostrarsi la esistenza in ogni caso di allucinazione dell'eccitazione dell'organo sensorio periferico, sta il fatto che l'abnorme stimolazione periferica non è sempre di per sè sufficiente a produrre il fenomeno allucinatorio, donde la necessità di altre alterazioni. E ciò senza tener conto che in alcuni casi per prodursi l'allucinazione è necessario il riposo del rispettivo organo di senso.

Con l'intensificarsi degli studi sulle localizzazioni cerebrali sorse la teoria che le allucinazioni fossero in rapporto con eccitazione dei centri sensoriali corticali.

Il problema però con tal nuova localizzazione resta di poco semplificato. Se zona allucinogena è il centro corticale di proiezione dei varii organi di senso, occorre stabilire: *a*) in qual modo avvenga l'eccitazione abnor-

me di tale zona; *b*) come l'eccitazione abnorme agisca elettivamente, sì da risvegliare un limitato numero d'imagini, e còordinate fra loro in modo da aversi un prodotto simile più o meno a quello dei sensi.

Per rapporto al primo quesito, le ipotesi affacciate sono due: per l'una il centro è abnormemente eccitabile, per l'altra abnormemente eccitato. La prima è sostenuta sopra tutti da Tamburini: questi spiega le allucinazioni con uno stato irritativo dei centri psicosensorii, analogo a quello dei centri motorî nei fenomeni convulsivi. Per Roncoroni la sovraeccitabilità deriverebbe anche da ridotta azione inibitrice di centri superiori. La seconda è stata sostenuta da Wernicke e Brugia, i quali parlano di rinforzo locale di stimoli impediti di distribuirsi per interruzione di vie associative. Tanzi e Lugaro sostengono una teoria mista: l'allucinazione si produce o per esaltazione dell'influenza retrograda dei centri rappresentativi sui sensoriali, o per un'abnorme sensibilità di questi ultimi alla detta influenza. Circa il secondo quesito sembrano tutti d'accordo nell'identificare il processo a mezzo di cui si suscitano le imagini allucinatorie con l'altro generatore di fenomeni rappresentativi con l'aggiunta di un qualche elemento che farebbe loro acquistare il colorito di prodotto attuale dei sensi.

Ma con tali ipotesi riesce difficile spiegare parecchie particolarità del fenomeno allucinatorio. Riesce difficile spiegare il fatto che nel campo di uno stesso senso possano prodursi contemporaneamente o per lo meno con alternative rapide regolari imagini allucinatorie e rappresentazioni mentali normali. Mal si concilia con l'ipotesi di una lesione cerebrale molto limitata e circoscritta sia la parzialità, sia l'intermittenza del disturbo. Similmente incomprensibile con le dette ipotesi è la manifestazione contemporanea di allucinazioni complesse plurisensoriali, che dovrebbero interessare zone limitate e nello stesso tempo lontane. Aggiungasi che finora l'anatomia patologica non ha scoperto in ausilio della clinica alcuna zona allucinogena. D'altra parte è oramai perfetto l'accordo sul fatto che le zone corticali in rapporto diretto con gli organi dei sensi non sono esclusivamente sensoriali, ma sensoriali-motorie, ossia adduttrici ed abduttrici, non si comprenderebbe quindi con la detta ipotesi un disturbo sensitivo mai accompagnato da un disturbo motore.

In un'altra serie di ipotesi il fenomeno allucinatorio è spiegato con disturbi psichici di varia specie. Per alcuni è uno stato delirante o suggestivo che dà lo speciale colorito al processo imaginativo; per altri trattasi di illusione resa possibile dalla mancanza nel campo della coscienza di quelle imagini che dovrebbero servire di correzione. Si è parlato così di delirio della memoria; di disturbo di sintesi mentale; di ricordi, emozioni, idee generali ed altri processi psichici richiamati intorno a un'imagine morbosa elementare primitiva, integrandola fino a farne un'imagine complessa e simile alla realtà; di riduttori che vengono meno, per cui le imagini si sottrarrebbero alla sintesi che collega ogni stato attuale di coscienza con l'esperienza passata e la realtà presente. Ma tali fatti non sono dimostrabili in tutti i casi.

Tuttavia la insufficienza delle ipotesi finora formulate non deve far rinunziare ad interpretare il meccanismo patogenetico delle allucinazioni. Per giungere a tanto, secondo l'A., occorre ben fissare le differenze tra imagine sensitiva ed imagine mentale; quando tali differenze siano state ben comprese è facile interpretare come una imagine mentale possa assumere il colorito di una sensitiva.

Le imagini sensitive e quelle mentali si differenziano non solo per una diversa origine delle correnti che generano rispettivamente l'una e l'altra, ma anche per una diversa resistenza opposta ad esse nella corteccia per l'ulteriore percorso. Quelle nate dagli organi di senso non troverebbero normalmente ostacolo ad un'ulteriore diffusione, le altre sì.

La resistenza che queste ultime incontrano e che sarebbe dovuta a minore intensità originaria, a condizioni anatomiche ed in parte anche all'antagonismo esercitato dalle prime non avrebbe come solo effetto di rendere l'eccitazione corticale più debole e quindi le imagini più pallide, ma importerebbe particolari fenomeni sensitivi. Si avrebbe un reflusso della corrente medesima lungo la via già percorsa verso il punto di origine, donde una nuova impressione che vaga ma costante aggiungendosi alle primitive mentali si fonderebbe con esse rendendole così diverse e quindi descriminabili specificamente dai puri prodotti dei sensi. Se queste resistenze vengono meno o si riducono di molto per modo che gli accennati effetti retrogradi delle correnti manchino o siano molto lievi, il particolare fenomeno sensitivo che si aggiunge al primo prodotto mentale non si avrà o, se pur si produrrà, non sarà avvertito dalla coscienza con la intensità necessaria per costituire un elemento distintivo: alle imagini mentali rese più vive dall'eccitazione più forte non si aggiungerà quel che impediva il loro scambio con le sensitive e ne conseguirà il fenomeno allucinatorio. Non l'in-

tensità adunque, ma la presenza, l'aggiunta di una particolare imagine sensitiva che si fonde con quelle prodotte da attività automatica o volitiva farebbe distinguere le medesime da le altre prodotte da pura stimolazione dei sensi o da diffusione a mo' di riflesso della corrente che da questi nasce. Le allucinazioni sensoriali sarebbero dunque o riflessi abnormi (allucinazioni elementari) o fenomeni imaginativi che non trovano la resistenza abituale al loro svolgimento (allucinazioni complesse, configurate). Ed i fattori di questo processo, così come è concepito dal Montesano, sarebbero tre: diminuzione di resistenze anatomiche, diminuzione di resistenze fisiologiche opposte alle correnti generatrici di imagini mentali, superamento più facile di queste resistenze con maggiore intensità delle dette correnti; la prima dipendente da disgregazioni dei legami corticali, la seconda da difetto di intensità di corrente antagonista sensitiva, la terza da esagerazione della eccitabilità reattiva degli organi.

La teoria del Montesano che dà anche ragione del meccanismo patogenetico delle allucinazioni psichiche o pseudo-allucinazioni, spiega il maggior numero di fatti e dà adito ad un minor numero di obbiezioni. Essa è basata sopra una concezione della funzionalità del sistema nervoso in rapporto alla fenomenologia psichica come una serie d'archi riflessi, facenti sempre capo alla periferia e percorsi in numero maggiore o minore da correnti, variabili per la localizzazione e l'estensione dei punti d'origine e d'arrivo, per la diffusibilità in genere, per le resistenze che incontrano al loro percorso e conseguenti effetti retroattivi, deviazioni, ecc. Con questa concezione possono agevolmente spiegarsi, oltre ai fenomeni emozionali, alle allucinazioni e alle illusioni dei sensi, anche gli stati di seconda coscienza, i difetti di critica, la suggestibiltà, i delirii, tutti i disturbi in genere nei quali è alterata prevalentemente la capacità d'interpretazione.

DE.

CHIRURGIA.

Della riparazione chirurgica di alcuni tessuti con innesti di tessuti morti.

(J. NAGEOTTE e L. SENCERT. *La Presse Médicale*, 9 dicembre 1918).

Sulla guida delle nuove teorie circa il significato e la genesi del tessuto connettivo, conoscendo la possibilità di vedere rivivificarsi frammenti di tessuti connettivali innestati morti in un organismo vivente, gli AA. hanno istituito delle esperienze destinate a stabilire in quale misura la chirurgia può trarre profitto dall'innesto di tessuti morti.

Sappiamo che un frammento di tessuto connettivo innestato morto, purchè sia permeabile, vale a dire purchè la sua struttura permetta l'immigrazione delle cellule connettivali dell'ospite, riprende dopo poco tempo completamente la sua vitalità. La sua forma è conservata se non interviene alcun fattore a modificarla; in caso contrario, essa si adatta alle nuove circostanze.

La sua trama connettivale persiste; dopo la scomparsa dei protoplasmi morti per opera delle cellule migranti, i fibroblasti dell'ospite si installano nell'edificio connettivale persistente; la circolazione si ristabilisce e ben presto è assolutamente impossibile di riconoscere con l'esame istologico, che il tessuto innestato è stato introdotto morto nell'organismo dell'ospite. Utilizzando nell'innesto tessuti fissati nell'alcool o nel formolo, gli AA. hanno constatato ch'essi non determinano alcuna reazione locale se sono asetticamente innestati; che l'unione ai tessuti dell'ospite avviene direttamente, senza formazione di un tessuto nuovo intermediario; che le estremità sezionate delle fibre connettive dell'innesto si saldano, per un fenomeno puramente fisico, alle estremità sezionate delle fibre similari dell'ospite, e che il ripopolamento cellulare comincia in capo a poco tempo per opera di fibroblasti, già adulti fin dal loro primo apparire, che s'insinuano fra i fasci connettivali progredendo dalla periferia verso il centro dell'innesto.

La conoscenza di questi fatti ha condotto gli autori a ricercare se innesti, abbastanza grandi per riparare perdite di sostanza diffuse d'organi formati da tessuti connettivi, come tendini, arterie, si comportino come i minuscoli frammenti che erano serviti a stabilire la realtà del processo. I tentativi sono stati coronati da successo.

Resecando a dei cani 2,5 cm. circa del tendine estensore comune delle dita della zampa anteriore e colmando immediatamente la perdita di sostanza con un pezzo di tendine morto, appartenente ad un cane sacrificato un mese prima, conservato in alcool, dopo tre mesi s'è visto, alla necroscopia degli animali, che il tendine operato non differisce in nulla dal corrispondente della zampa opposta. Tra due zone lievemente bluastre, corrispondenti alle linee di sutura superiore e inferiore dell'innesto, questo non si distingue macroscopicamente in nulla dal tendine vicino, del quale serba tutte le qualità morfologiche e fisiologi-

che apprezzabili ad occhio nudo. L'innesto tendineo morto fa assolutamente parte del tendine vivente.

L'esame istologico del pezzo, fissato nel formolo, dimostra che la continuità fra il tendine e l'innesto s'è stabilita senza alcuna linea di demarcazione: non s'è formato alcun tessuto cicatriziale nel punto di unione, per modo che è assolutamente impossibile di riconoscere dove cessa il tendine e dove comincia l'innesto.

Con ulteriori osservazioni, in cani sacrificati in tempi diversi, s'è potuto vedere che in un primo tempo tutte le cellule tendinee morte dell'innesto sono spazzate via per fagocitosi: sui bordi, al contatto dei tessuti dell'ospite, dei nuovi fibroblasti, delle nuove cellule tendinee invadono l'innesto, mentre che tutta la sostanza connettivale di questo resta in posto e si salda con la sostanza connettiva del tendine. Questa saldatura si fa in modo così perfetto che ogni traccia della soluzione di continuità va rapidamente sparendo.

Il reticolo vascolare si ricostituisce egualmente così bene da non potersi affatto differenziare da quello del tendine normale. Non avviene, dunque, una sostituzione di tessuto, ma è lo stesso tessuto innestato morto che torna a vivere.

Le esperienze d'innesti di arterie hanno dato identici risultati. Se si asportano a dei cani 2-3 centimetri di carotide e si rimpiazza il segmento asportato con un pezzo di carotide morto e conservato da un mese in alcool; se si fa la resezione di un tratto della parete anteriore dell'aorta addominale e si rimpiazza con la parete anteriore di un'aorta morta, gl'innesti arteriosi morti riprendono perfettamente e rivivono come quelli tendinei. Con una tecnica perfetta si riesce ad evitare la trombosi. Gli esami istologici dei vasi innestati dimostrano che l'arteria innestata morta s'è completamente rivivificata, ch'essa non ha subìto nè disintegrazione, nè riassorbimento; che non ha provocato nè endo- nè periarterite e che s'è perfettamente adattata alla sua funzione.

Per la riparazione chirurgica di grandi perdite di sostanza di tessuti connettivi, come i tendini, le pareti vasali, ecc., l'innesto sembra il processo di scelta. L'innesto vivente fresco, che dev'essere autoplastico od omoplastico, è quasi sempre impossibile a causa della difficoltà di procurarsi i tessuti; l'innesto vivente conservato in *cold-storage* non è stato ancora impiegato in pratica. Il metodo degli innesti morti appare come il metodo più semplice, più facile, più pratico.

B. MASCI.

La rigenerazione dell'osso.

(A. BERG e W. THALHIMER. *Annals of Surgery*, marzo 1918).

I principî fondamentali, che regolano gli innesti ossei, risalgono ad Ollier (1867), e sono di ordine macroscopico; possono essere così riassunti: Esiste una differenza fondamentale fra innesti autoplastici coperti di periostio e qualunque altro materiale osseo per trapianto; solo i primi aumentano di spessore e il periostio resta in vita e mantiene quella dell'innesto; ogni altra specie d'innesto osseo è destinato a morire; per ristabilire la continuità ossea, quando si vogliano usare innesti ossei, questi debbono essere viventi, autogeni, *coperti di periostio.*

Questi principî furono considerati come assiomi fino ai lavori di Radzimowsky (1881) e Bonome (1885): questi, all'osservazione macroscopica, associarono l'indagine istologica, e conclusero che, quando si trapiantano segmenti di osso vivente fornito di periostio, il tessuto osseo muore, mentre il periostio vive e produce nuovo osso.

Secondo ulteriori ricerche di Barth (1893), non solo il tessuto osseo dell'innesto muore, ma anche il periostio, mentre il periostio dei vicini frammenti prolifera, coprendo e sostituendo l'innesto: sarebbe perciò equivalente trapiantare osso vivente con o senza periostio, oppure osso decalcificato o macerato. Queste conclusioni, prima accettate, furono poi messe in dubbio, specie al Congresso tedesco di chirurgia nel 1902.

Axhausen, con numerose esperienze, stabilì che i varî materiali ossei per innesto non si equivalgono, come vuole Barth, e che esistono differenze sostanziali fra il comportamento degli innesti forniti di periostio e gli altri. Invero, mentre quasi tutto il tessuto osseo dell'innesto muore, il periostio resta vitale e produce nuovo osso; e inoltre favorisce lo stabilirsi di rapide connessioni vascolari.

MacEwen (1912) è d'opinione che il periostio sia soltanto una membrana limitante, che serve a tenere entro certi limiti la neoformazione ossea; l'osso potrebbe riprodurre sè stesso, se sufficientemente irrorato. Le critiche, che si possono fare a MacEwen, sono: che lo studio istologico è quasi completamente trascurato, e che non è sufficiente l'aderenza del connettivo circostante al trapianto, e l'immagine radiografica normale dell'innesto, per affermare che questo è vivente.

Ulteriori ricerche di Mayer e Wehner contribuiscono ad affermare la funzione osteoge-

netica delle cellule osteoblastiche (del periostio, endostio, di rivestimento dei canali di Havers), e l'impossibilità che le cellule ossee adulte formino osso nuovo.

Phemister e Smith hanno espresso opinioni analoghe.

Gli AA. di questo articolo hanno eseguito esperienze su 22 gatti adulti, allo scopo di stabilire qual'è il fato dei varî componenti dell'osso, quando vengono trapiantati, singolarmente o in combinazione, e quali di essi sono capaci di neoproduzione ossea. Alcuni innesti furono posti sulla superficie della milza o nel suo interno, altri nel sottocutaneo, la maggior parte sulle cartilagini costali, cui era stato tolto il pericondrio solo o il pericondrio con part di cartilagine. Gli innesti erano fissati con due lacci di seta. Fu scelta la cartilagine, come letto per gli innesti ossei, per gli stretti rapporti esistenti fra questi due tessuti, sia durante lo sviluppo che dopo.

Il materiale da trapiantare fu prelevato dalla tibia.

Esperienze con innesti di periostio. — Ne furono eseguiti 25 sulle cartilagini costali; essi vennero esaminati da 7 a 389 giorni dopo, e in tutti fu riscontrata neoformazione ossea. Questa si avverò anche in un innesto posto nel sottocutaneo e in un altro sulla superficie della milza; mentre un innesto nella sostanza splenica non lasciò altro che una cicatrice. È da notare che al periostio pr. d. era unito lo strato del cambio, ma in maniera non continua. Da quest'ultimo strato sorge il tessuto osteoide, che poi si trasforma in osso adulto, con spazi contenenti midollo ematopoietico. Il tessuto osseo neoformato invade la cartilagine come nel processo di ossificazione encondrale durante lo sviluppo. Una parte dell'osso neoformato, anzichè derivare direttamente dagli osteoblasti, è prodotto delle divisioni mitotiche delle cellule lacunari giovani.

Nei trapianti più vecchi, accanto alla neoformazione ossea, si osservano processi di riassorbimento.

Molti di questi innesti, pur essendo formati di osso, non davano alcun'ombra coi raggi Roentgen; ciò che dimostra la necessità in questi casi di ricorrere sempre all'esame istologico.

Innesti di corticale senza o con lo strato del cambio, di corticale col cambio e con l'endostio. — Gli innesti esaminati dopo brevi intervalli di tempo dimostrano che la maggior parte delle cellule ossee sono morte; quelle, che sembrano ancora viventi, sono situate sui margini dell'innesto, ove la nutrizione per diffusione è più facile. Anche queste ultime cellule in nessun caso dimostrarono processi di moltiplicazione. I vasi dei canali Haversiani sembrano anastomosarsi rapidamente con quelli circostanti, e attorno ad essi si depositano catene di osteoblasti, che si moltiplicano rapidamente e sostituiscono tutto il vecchio tessuto osseo; il riassorbimento di questo tessuto sembra avvenga direttamente col meccanismo del cosidetto *creeping replacement.* Gli osteoclasti sono assai poco numerosi.

L'osso di neoformazione, derivato dagli osteoblasti dei canali Haversiani, invade anche la cartilagine, le cui cellule si dispongono in colonne.

Nei trapianti di corticale + strato del cambio la neoformazione ossea deriva, in maniera presso a poco uguale, dalle cellule del cambio e dagli osteoblasti dei canali Haversioni.

Gli innesti contenenti endostio mostravano un'attività proliferativa anche maggiore.

A. CHIASSERINI.

MEDICINA.

Sulla presenza dell'indossile nelle feci: "indossilcopria,,.

(CANTELLI O. *Riforma Medica*, n. 46, 1918).

L'A., dopo aver ricordati i numerosi studi fatti a proposito dell'indossile urinario od indacano, come inesattamente è chiamato, e l'importanza che oggi l'indolo fecale va acquistando, nonchè i lavori proprî sull'argomento, raccolti in una monografia: « *L'Indolo ed i suoi derivati,* Cappelli, Bologna », nei quali per primo ha messo in evidenza l'importanza dell'indolo urinario nel rapporto: indolo indacanurico, indolo distillabile, in considerazione coll' « indolo fecale », fa cenno di alcune ricerche da lui già eseguite sulla presenza dell'indossile nelle feci. Ricorda infine alcuni studi clinici e ricerche sperimentali *in vitro*, fatte fin dal 1914, ritornando a dare la descrizione del metodo da lui seguito per l'estrazione dell'indossile fecale.

Esso è un po' differente a seconda che si tratti di feci solide o liquide. Se solide, se ne prendono una ventina di grammi, si stemperanno accuratamente in 150 gr. d'acqua distillata calda, e, previa aggiunta di 15 cmc. di una soluzione satura di acetato neutro di piombo, si filtra. Se liquide, si filtrano senz'altro, prendendone all'incirca un 150 gr. o quella maggiore quantità che si ha disponibile. A questo punto, il metodo procedendo di pari passo in ambedue i casi, si misura esattamente, quando se ne voglia fare anche la ricerca quantitativa, il liquido filtrato, e si riscalda sino al-

l'ebollizione, aggiungendovi, durante il tempo che il liquido permane a cento gradi, alcune gocce di acido acetico glaciale. Previo raffreddamento, filtrazione del liquido, ritorno al suo primiero volume ed aggiunta, nel rapporto del 10 %, di una soluzione di acetato basico di piombo 1:10, si filtra e nel filtrato si fa la ricerca qualitativa o anche quantitativa, per mezzo del metodo di Maillard e Ranc, occorrendo in tutti i casi i lavaggi descritti dagli AA. pel dosaggio dell'indossile urinario » (Vedi a tale proposito la monografia su citata).

In questa nota preventiva, dopo aver trattato dell'importanza genetica e pratica dell'indossile fecale, l'A. fa cenno di alcuni suoi studi sull'argomento, studi che, date le vicende in corso, non potè nè approfondire nè condurre a termine.

Nota innanzi tutto che in ricerche su animali — cani, conigli — fatte per mezzo d'iniezioni sottocutanee d'indolo o per introduzione orale, non potè mai riscontrare indossile nelle feci. Conferma poi che normalmente e nella maggior parte delle forme morbose le feci si possono considerare libere da indossile. Afferma d'averlo riscontrato qualche rarissima volta nel tifo e nell'occlusione totale delle vie biliari; in un caso di appendicite suppurata; ed in modo, che potrebbe anche forse apparire costante, nell'occlusione intestinale a livello dell'ileo. Data l'importanza cui potrebbe assurgere il sintoma, ed il valore scientifico e pratico che gliene potrebbe derivare, si ripromette di seguitare ad occuparsi dell'argomento, invitando gli studiosi a portarvi il loro contributo. L. P.

COMMENTI.

Se l'influenza conferisca l'immunità.

Riceviamo:

Non voglio in niun modo difendere una mia nota, riguardante l'immunità conferita dalla influenza, voglio soltanto significare che bisogna molto apprezzare, specialmente in medicina, le conoscenze che ci fornisce l'esperienza giornaliera.

All'osservazione consegnata nel *Policlinico*, fasc. 51, dal dott. Scoccia, aggiungo che molti altri rilievi del genere sono stati eseguiti e che le illazioni, che se ne sono tratte, confermano in maniera indiscutibile l'opinione dell'esistenza di un'immunità consecutiva all'influenza sofferta.

Questa è nozione sicura, che ciascuno di noi ha tratto dallo studio dell'epidemia attuale.

Ferentino.

Dott. Pietro De Tommasi.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Congresso di ostetricia sociale.

Nei giorni 6-8 gennaio c. a. si è tenuta in Roma una riunione straordinaria della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia e si è avuta una discussione molto importante, veramente degna dell'ora presente.

I problemi di ostetricia sociale sono problemi eugenici che possono dirsi vitali per l'avvenire della nazione e della razza e come tali furono considerati da tutti gli oratori.

Non fu una delle solite discussioni accademiche. Dei varii problemi fu considerato quasi unicamente il *lato pratico*.

La preoccupazione comune e costante fu quella della *organizzazione* dell'assistenza materna. Mente e cuore gareggiarono nella ricerca dei mezzi migliori per venire in aiuto alle madri, *a tutte le madri*, procurando loro la gioia di figli robusti e sani con la tutela assidua e sapiente delle loro funzioni materne, attuata dalla scienza, ispirata dalla carità: da una scienza e da una carità più vive, più largamente intese ed applicate, trasferite dal campo individuale a quello sociale, in una parola, più *moderne*.

Tutte le questioni discusse in queste sedute furono trattate non isolatamente, ma in rapporto con gli altri problemi sociali, politici, economici, perfino religiosi dell'ora che volge. E vi fu un oratore che molto opportunamente rilevò la necessità di iniziare con l'assistenza sociale alla maternità quella redenzione delle plebi che si è resa finalmente possibile, per il trionfo dello *spirito di modernità* con la sfolgorante vittoria della democrazia e l'associazione dei popoli liberi che deve esserne la conseguenza feconda.

L'opera del Congresso doveva essere, e fu, così, collegata con quella che ferve in ogni altro campo per dare alla umanità travagliata dalla lunga guerra e dalla crisi suprema di rinnovamento, i nuovi principii, la nuova organizzazione fondata sulla giustizia e sulla scienza, la civiltà nuova, la nuova morale finalmente cristiana ed universale, non fatta di vaghe aspirazioni ma di tangibili realtà, venuta

«di cielo in terra a miracol mostrare».

***

Nella seduta inaugurale del Congresso furono dal prof. E. Pestalozza, in mirabile riassunto, esposte le moderne idee sulla assistenza sociale della madre e le provvidenze escogitate ed attuate nelle varie nazioni per il miglioramento della razza umana, proteggendo nella madre il nascituro. E il prof. Marchiafava, rappresentante del Comune, con commosse parole, degne del grande uomo di scienza e di fede, rilevò gli stretti legami tra i problemi di eugenica e quelli della sifilide e della tubercolosi così gravi per la salute e il vigore della razza. Ha conchiuso molto felicemente il prof. Roth, rappresentante del Governo, portando l'assicurazione

che questo avrebbe tenuto in gran conto gli studii ed i voti del Congresso di ostetricia sociale, per quelle riforme non soltanto di indole scolastica, educative, necessarie, ma anche per quelle più ampie relative alla assistenza sociale nel campo della maternità.

Nel pomeriggio si iniziarono i lavori del Congresso con la lettura delle relazioni.

Lo studio dell'*assistenza alla madre ed al bambino* era stato affidato a quattro relatori: al prof. E. Truzzi, di Padova; al prof. E. Alfieri, di Cagliari; al prof. O. Viana, di Verona; al prof. T. Rossi Doria, di Roma.

Nella prima relazione — *La protezione della gravida legittima* — il prof. E. TRUZZI considera molto saggiamente la questione entro i limiti delle possibilità attuali ed espone, per dir così, un *programma minimo* di provvedimenti, che egli afferma urgenti, per combattere «i fattori disgenici, inerenti alla vittoriosa ma lunga ed aspra nostra guerra».

Tra questi provvedimenti si impongono i seguenti: miglioramento delle leggi sul lavoro delle donne e dei fanciulli e sulla Cassa nazionale di maternità; tutela legale del lavoro salariato a domicilio ed estensione della assicurazione di maternità ad ogni madre indigente; organizzazione dei servizii di assistenza delle gestanti maritate povere, sia al loro domicilio sia in asili di maternità.

Nella legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli il R. trova desiderabili le seguenti modificazioni: portare a 14 anni compiuti l'età di ammissione delle ragazze alle officine; estendere *a tutte* le operaie il divieto, ora limitato alle minorenni, dei lavori pericolosi o troppo faticosi od insalubri; garantire *a tutte* le operaie il riposo notturno; portare *per tutte* le donne la giornata di lavoro ad un limite massimo di otto ore.

Per la protezione della gravidanza propone inoltre il R. che all'operaia gestante vengano ridotte di due le ore di lavoro giornaliere fino al sesto mese compiuto e di tre nel corso del settimo mese, rendendo obbligatoria l'astensione dal lavoro negli ultimi due mesi; che sia garantita alla operaia la conservazione dell'impiego e della relativa mercede; che infine medici di fabbrica ed ispettrici del lavoro abbiano facoltà di fare assegnare alla gestante i lavori meglio consentanei al peculiare suo stato.

Propone inoltre che la legislazione protettiva sia estesa anche al lavoro a domicilio e sia fissato un minimo di salario per queste operaie nonchè l'obbligatoria loro registrazione, che faciliti l'adozione di misure igienico-sanitarie e morali a loro vantaggio. In tal modo il lavoro a domicilio potrebbe fare una benefica concorrenza all'impiego della donna nelle officine, che ha il grave danno di sottrarla all'ambiente famigliare.

Il R. chiude le sue richieste di *misure legislative* in favore della donna invocando una più larga azione della *Cassa nazionale di maternità* che invece di essere, come al presente, a solo beneficio delle operaie delle aziende dovrebbe provvedere a tutte le lavoratrici, così della città come della campagna, ed in genere a tutte le donne di condizione disagiata. Per questo il R. si dichiara in favore della istituenda Cassa nazionale di assicurazioni sociali contro le malattie col relativo pareggiamento, per semplificazione amministrativa, dello stato di gravidanza e puerperio con quello di malattia.

Passando all'*organizzazione dei servizii di assistenza delle gestanti maritate povere*, il R. distingue l'assistenza della gravida da quella della partoriente e della neo-puerpera.

Per la gravida maritata sana non ammette il ricovero in speciali istituti di puericultura intrauterina se non nei grandi centri urbani, ma invoca invece per essa provvedimenti intesi ad alleviare le sue angustie morali e materiali ed a permettere un felice svolgimento della gravidanza senza che la madre sia obbligata a staccarsi dai proprii cari per un tempo non breve.

Per la partoriente e la neo-puerpera il caso è diverso e il R. considera di somma importanza il ricovero della donna povera in *asili di maternità*, ampliati, moltiplicati, resi atti ad accogliere liberamente e ad assistere in modo perfetto gestanti e partorienti, legittime ed illegittime, sane ed ammalate. Lo specialista direttore di questi rinnovati Istituti dovrebbe anche avere la sorveglianza sul servizio ostetrico di tutto il territorio della propria giurisdizione ed organizzarvi un servizio di *policlinica ostetrica*, mentre mezzi moderni, comodi e rapidi di trasporto dovrebbero facilitare tale servizio ed anche il viaggio di gestanti e partorienti all'asilo più vicino.

Accanto a questi servizii ospedalieri dovrebbe essere poi organizzata, almeno in tutti i centri di qualche importanza, una vigile *assistenza a domicilio* con intenti economici, morali ed igienico-sanitarii e con la cooperazione non soltanto di medici e levatrici, ma anche di signore *visitatrici volontarie,* eventualmente coadiuvate da *infermiere retribuite.*

* * *

Nella seconda relazione — *La protezione della gravida illegittima* — il prof. E. ALFIERI afferma che la gravida illegittima ha diritto come madre a tutela ancor maggiore di quella che è richiesta dalla madre legittima, meno disgraziata ed avvilita, meno bisognevole di soccorso e di conforto.

Ciò è tanto più evidente quando si pensi alla condizione di privilegio che è garantita dalle nostre leggi al maschio seduttore vietando qualsiasi ricerca della paternità e negando per tal modo anche qualsiasi concorso finanziario per l'allevamento del nascituro ed in aiuto della donna sedotta, la quale pure già per natura sconta con nove mesi di sofferenze gravidiche e coi dolori e coi pericoli del parto, nonchè spesso col provvedere da sola per tutta la vita, a costo del proprio onore, all'allevamento ed alla educazione della sua creatura, l'avere ceduto all'imperioso ed allettante richiamo d'amore.

Una migliore assistenza morale, materiale ed igienica alla madre illegittima permette con maggiore facilità la riabilitazione della donna e il riconoscimento legale della prole, assicurando inoltre alla Nazione, con la riduzione del numero impressionante degli aborti, dei nati-morti e dei morti

dopo la nascita per prematuranza ed atrofia congenita, ogni anno parecchie migliaia di nuovi esseri che potranno divenire domani, se bene cresciuti ed educati, altrettanti elementi operosi ed utili della compagine sociale.

Una provvida assistenza della madre illegittima costituisce la prima condizione per la protezione prenatale dell'*esposto*.

Il problema della protezione data alla maternità illegittima è reso oggi più grave dalla depopolazione, conseguenza inevitabile della guerra e delle epidemie, nonchè dal prevedibile aumento dei concepimenti extra-coniugali.

Il R. fa quindi rilevare che essendo scopo principale dell'assistenza alla madre la tutela del nascituro, le madri illegittime debbono fruire di tutte le provvidenze che si verranno istituendo per le madri legittime. *Asili e rifugi di maternità* dovranno essere aperti in ogni capoluogo di provincia per dar ricovero, assistenza sanitaria, guida e conforto, con le minori formalità possibili ed a qualunque epoca di gravidanza, a tutte le madri senza casa e senza aiuto ed in particolare alle gestanti illegittime, di cui si dovrà curare e garantire eventualmente il segreto.

Così le attuali *maternità* e le *cliniche* e le *sezioni ospedaliere ostetriche* potranno essere adibite particolarmente al ricovero delle gestanti legittime ed illegittime in imminenza di parto ed alla loro assistenza successiva.

Istituti di maternità ed asili, riuniti o separati poco importa, debbono però avere un personale direttivo medico che garantisca la necessaria unità di indirizzo.

Il R. ritiene che, per le gravide illegittime, la denuncia dello stato di gravidanza, a partire dal 5° mese, fatta, sotto la garanzia del segreto, alle autorità a ciò deputate, rappresenti la prima condizione per concretare quel metodo di assistenza che in ogni singolo caso può riuscire più utile alla donna ed al bambino.

Egli chiude la sua relazione dicendo desiderabile la formazione in ogni provincia di Comitati per la protezione della maternità e dell'infanzia col concorso dello Stato, delle Provincie, dei Comuni, delle Congregazioni di carità e delle Opere di beneficenza affini eventualmente già esistenti. E propone che a questi Comitati, con la cooperazione volontaria di un corpo scelto di dame *visitatrici «Sorelle della maternità»* vengano affidati asili, maternità e brefotrofii ed in generale tutte le istituzioni destinate alla tutela delle madri povere e dei loro bambini nell'ambito della rispettiva provincia.

***

Nella terza relazione — *L'assistenza al bambino illegittimo* — il prof. O. VIANA afferma la necessità di *provvedere alla protezione dell'esposto primu della nascita* assistendo con la maggior possibile larghezza le madri nubili negli ultimi mesi della gravidanza; di *assicurare* in tutti i modi *l'allattamento materno* o accogliendo le madri assieme alla prole nei brefotrofii od in asili o sussidiandole a domicilio e trattandole come nutrici dei loro bambini; di *favorire i riconoscimenti materni* per sostituire quasi del tutto agli esposti i figli naturali; di riformare il codice civile ammettendo la ricerca della paternità come presupposto per il nuovo ordinamento dell'assistenza all'infanzia illegittima; di determinare nel frattempo con criterii precisi la qualificazione dell'esposto e il suo domicilio di soccorso; di affidare all'opera di speciali Comitati provinciali l'assistenza e la sorveglianza dei bambini illegittimi al domicilio delle madri o dei tenutarii di esposti; di chiedere allo Stato per gli enti interessati i mezzi necessarii per provvedere al maggior onere delle spese in modo proporzionato all'importanza del servizio degli esposti, che dovrebbe essere coordinato con l'assistenza di tutta l'infanzia bisognosa.

***

Nella quarta relazione — *Diffusione nel pubblico di norme di igiene ostetrica a vantaggio della madre e del nascituro* — il prof. T. ROSSI DORIA afferma che questa diffusione non può esser fatta con giustizia e con successo se prima non si provvede alla creazione delle necessarie opere di assistenza materna in tutto il paese.

Un'organizzazione dell'assistenza materna manca in Italia, come in ogni altra nazione. Vi sono delle istituzioni che hanno questo scopo ma sono ovunque slegate e insufficienti.

La propaganda più importante, dice il R., è dunque quella delle norme che gli organizzatori della assistenza sociale debbono seguire per creare un ordine completo di istituzioni destinate alla assistenza materna ed infantile.

Accanto a queste *norme per gli organizzatori* dell'assistenza materna ed infantile sarà poi necessario — e sarà uno dei compiti dell'organizzazione stessa — diffondere anche *le norme per il pubblico,* le quali potranno allora indicare come e quando possano essere utilizzate, in vantaggio della madre e del bambino, le varie istituzioni di assistenza predisposte.

Il R. presenta quindi così le prime come le seconde *norme:* ritiene però che queste ultime per poter essere diffuse nel pubblico debbano prima essere sottoposte alla revisione dell'ente che se ne rende responsabile. E l'assemblea approva la proposta.

Il R. espone poi i numerosi compiti ai quali l'assistenza deve provvedere e che egli ha già ampiamente illustrato nel suo libro sulla *Assistenza materna* (incluso nel grande trattato di medicina sociale Celli-Tamburini, edito dal Vallardi) e propone come indispensabile strumento di questa grandiosa opera sociale la fondazione di *un ente autonomo per l'assistenza materna ed infantile* al quale dovrebbero essere obbligatoriamente iscritte tutte le donne dai 18 ai 50 anni e nel quale *ogni donna* in ogni provincia italiana dovrebbe trovare non soltanto l'assistenza tecnica necessaria per la profilassi e la cura delle gravidanze, dei parti, dei puerperii e degli allattamenti, ma anche l'aiuto materiale e morale, la solidarietà delle altre madri, l'educazione, l'istruzione indispensabile per compiere bene verso il proprio bambino tutto il

proprio dovere di madre, nell'interesse famigliare e sociale oltrechè nel proprio interesse individuale.

Organizzazioni così grandiose non sono possibili, almeno in Italia, senza il concorso dello Stato, e lo Stato, già sulla via delle grandi riforme, si può star certi che prenderà in considerazione la proposta del R. ove l'autorità del Congresso le dia l'appoggio dei proprii voti.

Naturalmente in rapporto con la creazione dell'*ente* suddetto sarebbe necessario un riordinamento completo delle istituzioni già esistenti così da utilizzarle tutte, coordinandone l'opera a quella dell'ente senza sopprimerne o menomarne in qualunque modo l'autonomia; ed i centri di cultura superiore (all'infuori dei quali non sarebbe possibile preparare i quadri della milizia ostetrica e pediatrica indispensabili al funzionamento dell'ente, nè dare a questa milizia l'anima e la guida) dovrebbero esercitare la funzione direttiva tecnica dell'ente stesso.

Gli *istituti provinciali* dell'ente dovrebbero perciò essere raccolti in *gruppi regionali* collegati con le *cliniche ostetriche* e *pediatriche* più vicine, i cui direttori dovrebbero essere membri nati del *Consiglio superiore* dell'ente per la parte tecnica e presiedere inoltre al funzionamento ed al progresso del gruppo regionale di istituti per l'assistenza materna ed infantile loro assegnato.

Sulle quattro relazioni segue una discussione unica. T. ROSSI DORIA.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

Il valore comparativo degli esami del liquido cefalo-rachidiano.

L'esame clinico del liquido cefalo-rachidiano comprende la conta delle cellule sospese, la determinazione della globulina, la reazione di Fehling, la reazione di Wassermann, la reazione all'oro colloidale ed eventualmente la ricerca dei batterî e la determinazione della pressione.

E. M. Hammes (*The American Journal of the Medical Sciences*, novembre 1917) per stabilire il valore comparativo di questi varii esami li ha applicati in 203 casi, di cui 43 di paralisi generale, 34 di tabe, 27 di sifilide cerebro-spinale, 4 di sifilide congenita, 11 di meningite, 3 di tetano ed 81 di altre forme funzionali ed organiche non sifilitiche.

L'A. è venuto alle seguenti conclusioni:

1. Il reperto più costante del liquido cefalo-rachidiano patologico è l'aumento della globulina, che non ha però carattere specifico: indica solamente la esistenza di un processo infiammatorio.

2. Il *liquor* patologico presenta di solito linfocitosi, che però non è costante: nelle meningiti la linfocitosi è quasi sempre accentuata.

3. La reazione all'oro colloidale è la prova più delicata per svelare alterazioni patologiche del *liquor*.

4. Il *liquor* normale di solito non determina riduzione dell'oro colloidale: per altro una leggera riduzione non ha importanza diagnostica.

5. Nella tabe e nella sifilide cerebro-spinale la reazione all'oro colloidale dà nelle varie diluizioni una curva colorimetrica uguale e molto alta; nella paralisi generale la stessa reazione è molto frequente e ha una curva colorimetrica caratteristica, per quanto sia stata constatata anche nella tabe, nella sifilide cerebro-spinale, nella sclerosi multipla, nell'ascesso cerebrale e nell'eclampsia puerperale.

6. Nella meningite la reazione all'oro colloidale si ha nelle più alte diluizioni ed ha valore diagnostico solo nei casi dubbi.

7. Nei casi sospetti quando il *liquor* per tutto il resto normale presenta positiva la reazione aurica la diagnosi di sclerosi multipla va senz'altro confermata.

8. La reazione all'oro colloidale è più delicata che quella di Wassermann. In casi di sifilide quest'ultima è stata negativa mentre la prima è stata positiva.

E durante il trattamento antisifilitico di solito si ha una riduzione della linfocitosi e della globulina e spesso anche scomparsa della reazione di Wassermann; raramente si verifica un cambiamento della reazione dell'oro colloidale.

9. Nessun esame del *liquor* (eccetto la presenza di batterî) è specifica. Tutte le reazioni hano solo un valore di riprova e di conferma dei risultati dell'esame clinico e dei dati anamnestici. *a. a.*

Il valore diagnostico e pronostico della puntura lombare nelle commozioni nervose.

Mestrezat, Bouttier e Logre richiamano l'attenzione sul valore pratico dell'esame del liquido cefalo-rachidiano negli stati commozionali, in quegli stati cioè in cui la sindrome nervosa di commozione, consecutiva ad uno scoppio di grosso proiettile o ad uno *choc* sulla testa o sul rachide, non è accompagnata da ferita esteriore.

Il reperto del liquido cefalo-rachidiano presenta delle caratteristiche e una evoluzione utilizzabili per la diagnosi, per la prognosi.

Le conclusioni alle quali gli AA. giungono sono le seguenti (*Annales de Médecine*, 1918. Tomo V, n. 4).

Il liquido cefalo-rachidiano è nell'81 % dei casi anormale.

Si ritrova con mezzi esatti d'indagine una iperalbuminosi del liquor da 0.35 all'1 ‰, in contrasto con un normale o diminuito numero di leucociti.

La rilevante quantità di albumina compare dopo 2 o 3 giorni dal trauma, scompare dopo qualche settimana e talora dopo qualche mese, raramente persiste.

Gli AA. spiegano la normale quantità di cloruri, di fibrina, la scarsa quantità di sostanze riducenti con l'assenza di partecipazione da parte delle meningi al processo morboso.

Quando il ritorno della formula cefalo-rachidea al normale coincide col miglioramento dei sintomi clinici, il ferito si deve praticamente considerare come guarito.

Il reperto accennato è importante naturalmente quando si constata nei feriti del cuoio capelluto, o quando esso è rivelabile in soggetti apparentemente guariti da ferite superficiali, che, rimandati al fronte, presentano dei postumi cerebrali come stati commozionali, che erano passati inosservati durante la cura.

Per la diagnosi differenziale con quegli stati infiammatori del sistema nervoso, che danno aumento dell'albumina, è segno importante la mancanza di corpuscoli, e possono servire la Wassermann ed altri segni per le lesioni sifilitiche. *t. p.*

TERAPIA.

La sieroterapia ad alte dosi.

È nota la tendenza odierna di somministrare il siero p. e. antidifterico, ad alte dosi, le sole capaci di agire realmente contro l'intossicazione. Ma il medico pratico resta spesso titubante prima di iniettare forti quantità di siero, per il timore che si verifichino dei fenomeni anafilattici.

Ora, osserva A. Jousset (*Presse médicale*, 6 agosto 1918), non v'è una teoria medica di cui si sia abusato quanto della anafilassi. Essa serve a designare i fatti biologici più disparati: tutti i fenomeni oscuri della patologia, i casi di intolleranza medicamentosa, le intossicazioni alimentari, i fenomeni neuropatici, sono stati attribuiti all'anafilassi.

Le conseguenze pratiche risultano in una specie di sierofobia, che mette capo a veri disastri per astensione terapeutica.

L'*ictus* mortale provocato da un'iniezione di siero in un soggetto preparato da una iniezione antecedente non sarebbe che una pura leggenda. L'A. sopra più di 1500 iniezioni di siero non ne ha osservato alcun caso, così pure non ha osservato una notevole differenza nello sviluppo di fenomeni attribuiti ad anafilassi (accidenti cutanei, fenomeni articolari, fenomeni generali gravi) nell'iniezione di dosi leggere (10-40 cmc.), medie o forti (100-150 cmc).

In realtà si presentano talora, specialmente se si tratta di iniezione endovenosa, fatti impressionanti (orticaria, vomito, congestione del viso seguita da pallore, algidità, stato di collasso), paragonabili alla crisi nitritoide consecutiva all'iniezione di arsenobenzoli. Tali fatti però, oltre a dileguare ben presto, non sono da mettersi sul conto dell'anafilassi, sia perchè non si presentano immediatamente, sia perchè si osservano già fin dalla prima iniezione di siero, senza che si possa ricorrere a certe ipotesi (ingestione di carne di cavallo cruda), messe innanzi per spiegare il fenomeno, che può ricondursi semplicemente ad una speciale sensibilità del malato, analoga a quelle per le medicine o per gli alimenti.

In complesso deve dunque ritenersi che i sieri dei grandi animali possono venire usati senza riserva, analogamente ad altri medicamenti galenici o chimici. Certamente essi non sono inoffensivi, come del resto può dirsi di ogni altro medicamento attivo. Vi sono di fatto dei soggetti, che reagiscono in modo impressionante ad una prima iniezione di 10 cmc., ma vi è la maggior parte che tollera, p. e., delle iniezioni ebdomadarie di 100 cmc. continuate per tre mesi. I sieri non provocano morti catastrofiche ed il loro bilancio funebre non è affatto paragonabile a quello dell'arsenico, del mercurio, della morfina e degli alcaloidi in genere. I piccoli accidenti non hanno tale gravità da dovere per essi tralasciare una cura necessaria, come lo sviluppo di orticaria o di acne non faranno tralasciare la cura del chinino o dello joduro nella malaria o nella sifilide.

Ad ogni modo il timore non deve essere maggiore per le grosse dosi che per le piccole, che mentre sono inefficaci, non danno alcuna garanzia di sicurezza; viceversa la tolleranza, quando esiste, non ha alcun limite. FIL.

Ancora sulla sieroterapia ad alte dosi.

Bosc (*Archives de Médecine des enfants*, n. 12, 1918) prospetta la questione delle alte dosi di siero antidifterico da iniettare in casi anche *sospetti* di difterite e porta il contributo di dieci anni di esperienza all'ospedale generale di Tours che raccoglie bambini al disotto dei quattro anni.

I bambini affetti da forme difteriche a qualunque età, di 10 mesi, di un anno, di due o di tre anni, ricevono all'atto dell'accettazione nel padiglione di isolamento, 100 cmc. di siero e tale dose è ripetuta ogni giorno fino a che una minima falsa membrana si nota nella gola dei piccoli pazienti: nessun altro trattamento è instituito, qualunque sia lo stato generale del bambino.

Bosc afferma che da quando adopera tale

sistema di cura non ha notato più nè complicanze cardiache, nè paralisi post-difteriche, nè accidenti da siero ed anche nei casi di *croup* grave ha avuto dei risultati brillanti.

La questione sollevata dal Bosc non è nuova e si riconnette con l'altra della esitazione che ancora esiste nella classe medica sull'applicazione della sieroterapia, spesso adottata incompletamente e tardivamente adoperata per la paura della anafilassi: contro questa paura, che alle volte paralizza il pratico e gli fa perdere un tempo prezioso, bisogna reagire, poichè porta a danni gravi, come hanno dimostrato in questi ultimi tempi due apostoli ferventi della sieroterapia antidifterica ad alte dosi, il Mery ed il Martin.

Comby (*Presse médicale*, 24 gennaio 1918) espone idee analoghe sull'argomento e raccomanda la sieroterapia intensiva e precoce onde evitare morti rapide per difterite tossica e per *croup* e paralisi post-difteriche ed incita i pratici ad iniettare e riiniettare con energia e senza titubanze tutti i bambini difterici o sospetti senza aver paura dello « spettro terrificante » della anafilassi, che deve ritenersi solo una bella scoperta scientifica e non altro.

Il Bosc non si è fermato alla difterite; anche nelle forme dissenteriche ha ottenuto notevoli successi col siero-antidissenterico ad alte dosi.

G.

L'uso dei cianuri in terapia.

Il medico rifugge di solito dal prescrivere i cianuri, per l'alta tossicità, e non pensa alla frequenza con cui l'acido cianidrico entrava un tempo nei decotti contro la tosse, in uso nella passata generazione. D'altra parte al farmacologo è ben nota l'azione stimolante sul respiro, posseduta dall'acido prussico. Ora vi sono molte condizioni in cui sarebbe necessario eccitare la respirazione, come p. e. negli annegati, nella sospensione del respiro durante l'anestesia, nelle emorragie gravi, ecc.

Recentemente si è proposto di ritornare a questa terapia, usando non l'acido cianidrico, troppo volatile, ma composti più stabili, come il cianuro di sodio, non quello di potassio, in causa dell'azione deprimente, che i sali di potassio esercitano sul cuore. Gli effetti sono piuttosto effimeri; però ripetendo le iniezioni, si può assicurare uno stimolo respiratorio di una certa intensità.

Il carattere transitorio degli effetti, del resto (dovuto probabilmente alla trasformazione in solfocianato non tossico) è piuttosto vantaggioso, in quanto che evita gli effetti cumulativi. La somministrazione endovenosa di soluzione 1/15-normale di cianuro di sodio può venir fatta senza timore. Con dosi somministrate troppo rapidamente, si ha pallore notevole, nausea, aumento nella frequenza del polso e depressione del respiro. Invece con dosi giuste si ottiene il desiderato stimolo respiratorio, oltre allo stimolo di altre parti cerebrali, specialmente delle funzioni psichiche.

Questo nuovo procedimento terapeutico può riuscire di valido aiuto, in speciali circostanze: certo la terapia endovenosa non è un campo di prove per un novellino e quindi occorrerà molta cautela in proposito. Ad ogni modo è bene che si facciano di questi tentativi, anche se il giudizio definitivo debba essere, per ora, differito. (*Journ. Am. med. Assoc.*, 9 marzo 1918).

FIL.

Prescrizioni antigastralgiche e digestive.

Contro i dolori gastrici e per facilitare la digestione Ligonnet e Boluard indicano le seguenti formole:

1° Carbonato di calce, gr. 10; Magnesia calcinata leggera, 15; Bicarbonato di soda, 25; Zucchero vanigliato, 30.

Un cucchiaino da caffè dopo ciascun pasto, ben mescolato in un bicchiere d'acqua.

2° Essenza di cedro, gocce VIII; Magnesia calcinata leggera, gr. 10; Fosfato tricalcico, 20; Sottonitrato di bismuto, 25; Zucchero in polvere, 40.

Come la precedente.

3° Essenza di menta, gocce X; Magnesia calcinata leggera, gr. 10; Bicarbonato di soda, Zucchero, ana gr. 30.

Come la precedente.

4° Essenza di anici, gocce X; Polvere di belladonna, centigr. 0,60; Magnesia calcinata leggera, gr. 10; Bicarbonato di soda, Zucchero, ana gr. 30.

Uso come la precedente.

5° Codeina, centigr. 0,26; Polvere di anici, gr. 5; Bicarbonato di magnesia, 10; Bicarbonato di soda, 25; Zucchero, 30.

Uso come la precedente; un cucchiaino da caffè contiene circa 1 centigrammo di codeina.

6° Idroclorato di cocaina, milligr. 0,125; Polvere di anici, gr. 5; Magnesia calcinata leggera, 15; Bicarbonato di soda, 25; Zucchero, 30.

Nello stesso modo; un cucchiaino da caffè contiene 5 milligrammi di idroclorato di cocaina.

7° Essenza di cedro, gocce XV; Pancreatina amilacea, 12; Papsina amilacea, 15; Zucchero, 60.

Un cucchiaino da caffè dopo il pasto.

a. a.

IGIENE.

La naftalina come pulcicida.

In una comunicazione alla Société de pathologie exotique Manand ha consigliato la formula seguente:

Soluz. satura di naftalina in petrolio 2 parti; Emulsione acquosa di sapone nero 2 parti; Cresolo greggio 1 parte, da diluire in 4-5 parti di acqua.

Spostati i mobili e gli altri oggetti affinchè tutti gli angoli possano essere raggiunti dalla miscela pulcicida, si innaffia abbondantemente con essa il pavimento, non solo nelle case ove si verificò peste, ma anche nelle immuni. Gli abitanti si adattano bene al metodo che non li obbliga ad abbandonare l'abitazione per più di 1 giorno e non li molesta col cattivo odore.

G. S.

TECNICA.

Diagnosi rapida di laboratorio della malaria.

Cremonese (*Gazz. degli Osp. e delle Cliniche*, 1918, n. 45) riferisce su un metodo rapido di dimostrazione dei parassiti malarici, modificazione di altri che sono già noti.

Due o tre goccie di sangue si raccolgono su un portaoggetti e si lasciano essiccare a 35°-40°; dopo due ore vi si versa sopra dell'acqua distillata, che in pochi minuti scioglie l'emoglobina. Il preparato si lava poi per pochi minuti sotto un getto di acqua corrente, in modo però che il filo d'acqua cada non sopra il preparato, ma sopra il vetrino. Esportata così tutta l'emoglobina rimane sul vetrino solo uno strato incolore alquanto opaco. Dopo essiccamento all'aria si fa la colorazione sec. Giemsa. I parassiti si riconoscono assai bene, ma la diagnosi di specie non riesce sempre possibile.

g. s.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Coagulazione del sangue nell'infanzia.

Secondo le osservazioni fatte da L. K. Shaw e F. J. Williams (*Albany med. Annals*, rif. in *Journ. of Am. med. Ass.*, 15 genn. 1917) su oltre cento bambini sani sotto i due anni, la coagulazione del sangue si verifica fra un minuto e 15″ e un minuto e 30″, cioè in un periodo di tempo più breve che nell'adulto. Non sono state notate differenze fra i diversi periodi della giornata, nè in relazione ai pasti, e nemmeno nel sangue preso da diverse parti del corpo.

Sembra che la prima goccia coaguli più prontamente che le successive e che il periodo di tempo per la coagulazione si abbrevii quando i tessuti circostanti alla puntura sono schiacciati e stropicciati per farne uscire il sangue.

I risultati ottenuti con i metodi di Dale-Laidlaw e di Russel-Brodie sono stati sensibilmente costanti. Gli AA. si ripromettono di studiare la coagulazione anche nei diversi stati morbosi.

FIL.

Normale formazione di agglutinine specifiche nel siero di sangue di una leucemica affetta da enterocolite paratifica.

Il dott. V. Ronchetti (*Pensiero Medico*) ha riferito dettagliatamente la storia clinica di un caso di leucemia mieloide cronica, seguìto dall'inizio fino all'esito, in capo a tre anni, per una intercorrente infezione da paratifo B. Con ripetuti esami si è potuto (contrariamente a quanto era stato osservato in casi simili da altri autori) accertare il normale comportamento del siero per quanto riguarda la formazione di agglutinine specifiche pel bacillo paratifo B. Viene anche fatto risaltare come dal caso in esame risulti che il benzolo (e del resto, secondo quanto già si sapeva, anche la roentgenterapia), se permette nei primi mesi di applicazione di ottenere brillantissimi successi, perde col lungo uso la sua efficacia, e, col ripetersi delle recidive, diventa incapace affatto di influenzare più il processo leucemico. Il lavoro è corredato da una tavola, che costituisce uno dei primi contributi alla iconografia delle lesioni intestinali da bacillo paratifico B.

A. S.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1022) *Sulla cura degli eczemi perianali.* — All'abb. n. 3846:

Curare nei modi consueti le emorroidi, eventualmente le ragadi, ecc.

Regime dietetico severo, prevalentemente vegetale, con astensione di spezie, aromi, bevande alcooliche, caffè, ecc.

Contro il prurito vero e proprio, suppositori alla cocaina, morfina e simili.

Contro l'eczema secco, unguento di Hebra ed olio Cadino (20 %), se però non vi sono foruncoli od altre piodermiti. Quando queste si sono manifestate, tentare le iniezioni di un autovaccino (Wright). V. MONTESANO.

(1023) Al dott. B. A. da A.:

Sugli innesti ossei veda la recensione pubblicata l'anno scorso nel fasc. 3° a pag. 66.

R. B.

(1024) All'abb. n. 6221:

Consulti i trattati di psichiatria di Bianchi, Tanzi e Lugaro ed il trattato di neuropatolo-

gia di Oppenheim. Vi troverà le notizle che richiede. Nessuna pubblicazione speciale sulla epilessia è comparsa recentemente DR.

(1025) All'abb. n. 9166 suggeriamo:

BERNHEIM: *La suggestion et ses applications à la thérapeutique.* Parigi.

WUNDT: *Ipnotismo e suggestione.* Traduzione di TUCCI. Edit. Sandron.

B. TOPLIN: *Hypnotic suggestion and psychoterapeutics.* Londra.

A. E. DAVIS: *Hypnotism and treatment by suggestion.* DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

CUSHNY ARTHUR R. *The secretion of the urine.* Un vol. in-8° di pag. 230 con figure e diagrammi, rilegato. — Longmans, Green e C., ed., Londra. Prezzo 9 scellini.

Sulla funzione renale esiste una copiosissima letteratura: tutti i mezzi di indagine sono stati messi a contributo per studiarla, ed anche la chimica fisica e la matematica hanno tentato di elucidare alcuni punti dell'intricata questione, che l'A. espone, forte della propria esperienza e del sussidio di oltre 400 lavori citati nella parte bibliografica.

Dopo alcuni ricordi istologici, viene esaminata la parte propriamente fisiologica, il vero lavoro renale, la teoria sulla secrezione, i rapporti fra sangue ed urina, ecc. Particolarmente interessanti sono inoltre i capitoli sulla reazione dell'urina, sull'azione di certi medicamenti. Viene da ultimo un capitolo sulla patologia in cui sono particolarmente utili le vedute generali sulle prove dell'efficienza renale.

L'interessante volume fa parte di una collezione di monografie che la nominata Casa editrice sta pubblicando sulla fisiologia, sotto la direzione di E. H. Starling. Citiamo fra esse la respirazione dei tessuti di Evans, la fisiologia dei riflessi di Sherington, la natura del movimento muscolare di Fletcher, ecc.

FILIPPINI.

G. ROUSSY. *Les lésions du corps thyréside dans la maladie de Basedow.* Vol. in-8°, 136 pag. e 10 fig. — Parigi, Masson e C.

Sulla guida di ricerche, eseguite in collaborazione al dott. Clunet, l'A. conclude per la teoria tiroidea o tireotimica del morbo di Basedow, di cui descrive il quadro classico, le forme secondarie e le forme fruste. Sono studiate anche le alterazioni del timo, delle paratiroidi, del sistema ganglionare, del sangue, del simpatico. Sono discusse le varie vedute patogenetiche.

Passando alla terapia, l'A. si dichiara convinto della superiorità del trattamento radioterapico su quello chirurgico. G. S.

VISCONTINI dott. CARLO. *La gangrena gassosa.* Un vol. in-8° di 160 pagine. — La Cartografica ed. Gozzano.

Con questo lavoro l'A. porta un buon contributo di studi sulla gangrena gassosa, che, all'inizio della guerra, quando vigeva il dogma dell'asetticità delle ferite, nessuno si aspettava e che si è dimostrata poi, in certi settori, un vero flagello.

Oltre alle notizie raccolte e documentate da una ricca bibliografia, l'autore riferisce anche i risultati delle ricerche sperimentali da lui istituite, sull'esame batteriologico degli indumenti militari, sulle inoculazioni in animali, ecc.

Seguono poi le indicazioni sulla prognosi e sul trattamento. I. P.

JAQUEROD. *Le traitement hygiénique et diététique dans la tuberculose pulmonaire.* — Ed. Payot e C., Losanna e Parigi.

È un piccolo libro di 144 pagine che l'A. ha scritto per gli infermi di tubercolosi polmonare, i quali vi trovano, oltre i consigli terapeutici — sopratutto igienici e dietetici — la dimostrazone, con esempi, della possibilità di raggiungere la guarigione. G. S.

VARIA.

Una descrizione della neurastenia prima del Beard.

(Dall'epistolario di GIUSEPPE GIUSTI).

La fortuna incontrata dalla descrizione della neurastenia, fatta dal Beard nel 1880, forse per una piccola parte fu anche dovuta ad un fattore psicologico: dovettero elevare un sospiro di sollievo i pratici, nell'avere finalmente un nome greco da appiccicare alle lunghe nenie doloranti, piagnucolate da soggetti inafferrabili dall'esame fisico.

Certo il termine «neurastenia» è provvisorio; una fine indagine novissima comincia ad indirizzare alcuni aggruppamenti di sintomi neurastenici verso affezioni con maggior substrato anatomico o fisiologico, come la ricca sindrome nevrastenica che precede il morbo di Addison, come la vagotonia e la simpaticotonia, ecc. Le ricerche endocriniche, sulle insufficienze pluriglandolari, sul sistema autonomo e simpatico, aiutano a catalogare e sceverare i sintomi neurastenici.

Non deve meravigliare quindi che finora le descrizioni della neurastenia non sono eguali, nei vari trattati, e talora sono abbastanza vaghe.

Ma, se vi sono malattie, che richiedono per la loro esposizione, l'arte e l'eleganza del dire, queste sono le psicosi e le nevrosi. Di qui il bisogno del « sapore di lettere » in tutti i cultori di discipline psichiatriche.

Non riuscirà dunque sgradito che richiami l'attenzione sul modo con cui Giuseppe Giusti, il rappresentante nostro dell'austrofobia, precorreva le neurastenie, narrando le sue sofferenze. In una lettera datata da Pescia il 6 aprile 1845 e diretta a Luigi Alberti, il Giusti fa quasi la traccia al Beard della descrizione della neurastenia.

Riporto la lettera, nel punto principale:

« Io non sono qua nè per piangere un amore andato a picco, nè per fissazioni romantiche o arcadiche; son qua perchè la mia salute s'è arruffata in mòdo, che se un taumaturgo sceso dal cielo a conto mio non m'aiuta a trovare il bandolo della matassa, o cascherò morto, o rimarrò un canchero in perpetuo. Vuoi un abbozzo dello stato nel quale mi tocca a vivere da un anno in qua? Ridi e fai ridere gli amici, come alla fine ho preso il partito di fare io stesso.

« I palpiti del cuore, i sussulti, i brividi, i torpori, i bruciori interni, l'affuocarsi del viso e di tutte le carni, è l'affare di ogni giorno, obbligato come un *diesis* in chiave di violino. Poi sognacci, disappetenza, fiaccona, ripienezze, mancanze di fiato e altri diavoli che sarà decenza lasciare nella penna. Aggiungi un vedersi di tratto in tratto come oscurare la vista, un cadere smarrito, un sentirsi morto di cuore e di testa; e tremori e paure continue, e un disperare non ti dico del domani, ma dell'or ora. In letto non vedere il momento di levarsi; levato, parere ogni ora mille di tornare a letto; in casa, smania d'uscire; fuori, bisogno di rifugiarmi in casa; in piedi voglia di sedere; seduto, d'alzarmi, e via discorrendo. Oltre a ciò, quando una bramosia impaziente di vita e salute, quando uno stanco desiderio di finirla una volta per sempre; e allora da un lato, assalirmi le memorie più care, gli aspetti più desiderati, e le follie e le speranze e tutti gli allettamenti della gioventù; dall'altra l'avvenire ora cinto di luce, ora di tenebre e di silenzio, ora la immagine di un lungo riposo, ora d'una vita ignota interminabile, e anco d'un baratro cupo e senza fondo. Giorni di calma che mi tengono sospeso come un'anima del Limbo, e nei quali i lamenti « non suonan come guai ma son sospiri »; e poi daccapo uno spasimo che non ha sede nè nome certo, che senza essere un dato dolore nè una data affezione, imita e comprende tutti i martiri di tutto uno ospedale; simile in certo modo a una di queste frasi in voga, che non dicono nulla e accennano a tutto. Una tanaglia rovente che stiracchi le viscere; una camicia di pettini da lino; uno strettoio che mi serri e mi dirompa tutto da capo a piedi, son paragoni smorti a questa razzaccia di tribolazione. Vi sono dei mali poltroni che si dilettano d'inchiodarsi teco nel letto; ve ne sono di quelli che hanno l'alta compiacenza di tenerti compagnia a tavola, alla passeggiata, al teatro e anco a una festa da ballo, concedendoti una specie *d'habeas corpus* che non ti toglie dall'animo il pover'a me di saperti sotto processo. Il mio è uno di questi mali d'indole vagabonda, mali ai quali non è creduto mai, come è creduto poco anco agli altri mali amici delle lenzuola fino a tanto che non arrivano a mettere otto speziali in faccende, quattro medici in orgasmo.... e la rena davanti all'uscio. — Malato? o se mangia! — Malato? o se cammina! — Malato? o se discorre! — Ecco la logica di chi sta bene. Dimodochè torno a dire, che se il paziente non ha per interprete una febbre da cavalli, un paio di gote di cartapecora, una lingua come un baston da pollaio, e tre coltroni addosso anco di luglio, non isperi mai d'essere inteso, nè d'essere creduto. I medici poi, salvo il rispetto dovuto alla Facoltà, sono la gente più amena del mondo. Gli ignoranti non fanno differenza dall'ipecacuana a una frittata colle cipolle; i dotti sdottoreggiano; i mezzi dotti, o raspano o stanno a vedere. Quando poi hanno a uscire dal solito cerchio delle intermittenti, dei mali di petto, delle etisie e dei cancheri visibili e palpabili, eccoteli nell'un via una [nell'andar all'infinito] e chi ne tocca son sue. Fortunatamente la natura venendo in soccorso della scienza che zoppica e del bisogno, comune al medico e all'ammalato, d'appigliarsi a qualcosa pur che sia, ha messo in ballo i nervi, e co' nervi, con queste fila misteriose, si piegano enimmaticamente tutti gli enimmi ».....

Quest'ultima frase come è crudelmente significativa! In un'altra lettera da Montecatini al dott. Orlandini, il Giusti assicura di sentirsi meglio, forse per ragion di adattamento. In altre lettere insiste su sofferenze gastro-intestinali. **Noi potremmo supporre un Giusti affetto** da vagotonia. Oh, se il Giusti redivivo sentisse questa parola, che ebbe tanta diffusione sulle rive tedesche del Danubio, protesterebbe di star bene, pur di non ammetterla! Bisognerebbe affermargli che la semenza della vagotonia fu lanciata molti anni fa da un italiano, con i suoi brevi cenni « sulla irritazione del vago », dal Cardarelli.

(Dalla *Riforma Medica*).

G. MOSCATI.

(23)

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per la promozione degli ufficiali medici appartenenti alla milizia territoriale.

Caro *Policlinico*,

Un gruppo di medici anziani di età e di laurea, che in guerra sono stati esposti a pericoli e disagi al pari degli altri, e non hanno come gli altri goduti gli stessi vantaggi, dopo che nessuno finora si è levato a patrocinare la loro giusta causa e dopo che le lamentele fatte isolatamente dai singoli sono rimaste inascoltate, vedendosi dall'altra parte sempre più danneggiati moralmente ed economicamente, sentono il bisogno di rivolgersi ad un ente che per autorità possa far valere i loro diritti.

I medici laureati da oltre *cinque anni*, di *terza categoria*, e quindi non soggetti ad obblighi di leva, per una incongrua disposizione ministeriale di cui non si riesce a conoscere la ragione, mobilitati per la guerra, invece del grado di tenente concesso a quelli di prima e seconda categoria, sono stati nominati sottotenenti di milizia territoriale.

Si concepirebbe tale inferiorità qualora si fosse tenuto conto della loro categoria ed età già contemplata pel servizio territoriale, ma quando per le esigenze del servizio sono stati mandati in reggimenti di prima linea, perchè non dare loro il grado di tenente fin da quando hanno indossata la divisa, se da quel momento era stata già decretata per essi la medesima funzione che per quelli di prima e seconda categoria e cioè la mobilitazione per la zona di guerra? Per ottenere il grado di tenente all'epoca della nomina ad ufficiale bisognava avanzare domanda corredata dal diploma di laurea. Ma non tutti però erano a conoscenza che potevano essere mobilitati per la zona di guerra. Quando, più tardi, alcuni già inviati in zona di guerra, hanno fatto domanda per essere nominati ufficiali di complemento e quindi hanno cercato di usufruire lo stesso trattamento di costoro, sono stati nominati tenenti medici di complemento con anzianità a decorrere dalla pubblicazione del Bollettino, che quasi sempre si faceva attendere mesi e mesi e spesso non hanno avuto neanche questa magra consolazione e sono restati di milizia territoriale nel consueto posto di medicazione di battaglione a breve distanza dal nemico. Ne è venuto di conseguenza che medici anziani di età e di laurea, pure avendo fatto servizio al pari di altri colleghi di molto più giovani e pure essendosi trovati in trincea quando la loro classe non vi era, sono meno anziani di grado e spessissimo inferiori di grado di essi giovani (una massima parte dei capitani medici si è laureata nell'aprile 1915) e dopo oltre tre anni di guerra o meglio a guerra finita si trovano ancora col grado di tenente che loro spettava fin dal primo giorno del loro richiamo, con gravissimo scapito morale e finanziario: morale, perchè ad onta della loro età costretti a fare eternamente i medici di battaglione in sottordine di capitani medici giovanissimi da poco laureati; finanziario, perchè la differenza di paga da tenente a capitano è sensibilissima.

Potrebbe il superiore Ministero tener conto di questa grave ingiustizia e rimediare provvedendo a concedere l'anzianità di tenente all'atto del richiamo per lo meno a quei medici di terza categoria che hanno prestato servizio per oltre due anni in zona di guerra.

A questi veterani della trincea in una età che non è più giovane, rovinati nella loro carriera professionale e con la famiglia da sostentare, venga concesso tale diritto e siano essi al più presto promossi al grado superiore con l'anzianità che loro spetta e con il risarcimento degli arretrati.

Un gruppo di medici.

Sei mesi di licenza agli aspiranti medici.

Il Ministro della Guerra, rispondendo a una interrogazione dell'on. Casciani, ha dichiarato di aver disposto perchè agli aspiranti medici, studenti in medicina, sia concessa una licenza straordinaria di mesi sei perchè possano frequentare i corsi universitari.

Per i liberi docenti.

I liberi docenti di medicina e di giurisprudenza della R. Università di Siena, considerate le disagiate condizioni economiche in cui è stata ridotta la classe dei docenti stessi dalla guerra, e consapevoli delle intenzioni che S. E. il Ministro ha da tempo manifestato di favorire finanziariamente gli insegnanti privati delle Università; tenuto conto altresì che provvedimenti veramente sostanziali si stanno progettando per il riordinamento economico e didattico delle Università stesse; hanno presentato istanza al Ministro per la P. I. affinchè voglia accogliere i seguenti voti:

1° di concedere una indennità che elevi almeno a lire cinquecento la propina ancora da percepirsi per l'insegnamento libero esercitato nell'anno accademico 1917;

2° di elevare d'ora innanzi da quindici a lire venti la quota di propina percepibile per ogni studente; di iscrivere d'ufficio ai corsi liberi gli studenti militari e concedere diritto di percepire, ancorchè l'iscritto sia dispensato dal pagamento della tassa scolastica;

3° di assicurare d'ora in avanti ai docenti, i quali hanno impartito un corso completo di almeno cinquanta lezioni, un *minimum* di lire mille, diversamente non raggiungibile nelle piccole Università.

Federazione degli Ordini dei Medici.

La sottoscrizione promossa dalla Presidenza della Federazione per un *Fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie* (a disposizione del futuro Congresso Federale perchè ne stabilisca la erogazione e a termini della Circolare N. 6 - Prot. N. 451 - 18 agosto 1915), aveva raggiunto, a tutto il 30 novembre 1918, col 31° elenco di offerte, la somma totale di lire 156,896.96.

Nel comunicare il 31° elenco, la Presidenza della Federazione fa seguire le considerazioni che qui riportiamo:

È doloroso che in due mesi, e specialmente in quello che ha segnato la vittoria delle armi e del diritto, la nostra sottoscrizione non sia aumentata che di lire 285!

Rivolgiamo preghiera viva a tutti quelli che fin qui sottoscrissero di incitare i *moltissimi colleghi*, che mai dettero, a versare un po' di denaro a queste liste che dovrebbero essere il tangibile segno della nostra solidarietà collegiale con i medici che patirono, con le spose e i figli che li piangono.

ATTI PARLAMENTARI.

Per gli assistenti universitari in servizio militare.

Il senatore prof. E. Maragliano ha rivolta al Governo la seguente interrogazione:

« Premesso che la massima parte dei medici appartenenti al personale di assistenza degli Istituti Universitari presta servizio non interrotto in zona di guerra da oltre tre anni; che questa è l'unica categoria di medici militari, cui non fu applicato come agli altri il principio dell'avvicendamento; che i servizi cui sono addetti per l'istruzione universitaria hanno importanza pari ed anco superiore a qualsiasi altro pubblico servizio; che restituendo gli studenti di medicina alle università devono esservi necessariamente restituiti gli assistenti: chiedo d'interrogare gli onorevoli Ministri della Pubblica Istruzione e della Guerra per sapere se intendono prendere prontamente le misure pel rinvio alle loro sedi dei medici militari addetti alle varie scuole delle Facoltà mediche del Regno ».

Per le misure contro l'influenza.

L'on. Rota ha rivolto una interrogazione al ministro dell'interno « per sapere se non creda necessario ed urgente a tutela della vita di cittadini dinanzi al riacutizzarsi della pandemia influenzale di prendere energicamente tutti i provvedimenti di profilassi necessari per contenere la diffusione della malattia, abbandonando a tale proposito la politica delle mezze misure e dei riguardi eccessivi verso i particolari interessi che contrastano all'interesse supremo della pubblica salute ».

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Approvvigionamento e vendita del latte.

Un decreto del Ministro per gli approvvigionamenti e consumi alimentari dispone quanto segue:

Art. 1. — I Comuni provvederanno mediante latterie speciali alla vendita del latte alle persone fornite di certificato di malattia, ai bambini di età inferiore ai dodici anni ed agli adulti di età superiore ai sessantacinque anni, stabilendo, ove occorra, prezzi e condizioni speciali di vendita.

Art. 2. — Il certificato di malattia è rilasciato gratuitamente su carta libera e deve dichiarare le generalità e il domicilio del malato, il bisogno di alimento latteo e la quantità giornaliera necessaria. La durata e la firma del medico devono essere chiaramente leggibili; non sono richieste altre formalità. Il certificato può essere rinnovato.

Sono compresi fra gli ammalati le donne gestanti, le puerpere ed i bambini sottoposti ad alimentazione artificiale.

Art. 3. — Per i bambini di età inferiore ai 12 anni e per gli adulti di età superiore a 65, il Comune rilascerà un buono contenente il nome del capo di famiglia — se si tratta di bambini —, la indicazione delle persone ammesse alla preferenza per l'acquisto del latte e la designazione della latteria speciale nella quale dovrà farsi la prenotazione.

La razione individuale sarà stabilita dal medico condotto o dal medico curante, per durata non superiore a 15 giorni, tenute presenti, dall'autorità comunale, le condizioni locali e le prevalenti esigenze alimentari dei bambini e dei vecchi.

Art. 4 e 5. — (*Omissis*).

Art. 6. — Le autorità sanitarie, gli ufficiali di polizia giudiziaria controllano i certificati e l'uso delle tessere e possono procedere a perquisizioni, verifiche ed accertamenti in qualsiasi luogo, tutte le volte che sarà necessario per assicurare il corpo o le tracce di reati concernenti la produzione o la vendita del latte.

Art. 7 e 8. — (*Omissis*).

* * *

Ad esplicazione del Decreto suddetto, il ministro Crespi ha diretto ai Prefetti una circolare che illustra i provvedimenti di carattere transitorio e continuativo contenuti nel decreto stesso.

Il Ministro raccomanda alle Autorità competenti di attendere con energia al controllo preventivo e alla repressione esemplare degli abusi.

Raccomanda di semplificare e favorire il procedimento per il rilascio dei certificati di malattia, distribuendo, ove occorra, moduli a stampa.

Nota che per i certificati medici, come per i buoni comunali, non sono stabilite speciali formalità, che avrebbero complicato il servizio di distribuzione.

Per ciò che riguarda la somministrazione di latte condensato, fa presenti i vari tipi che si trovano in commercio, e cioè: *a*) latte sterilizzato omogeneizzato, intero o scremato; *b*) latte in polvere, intero o scremato; *c*) latte condensato con o senza zucchero, intero o scremato.

Riferendosi all'art. 1 per l'approvvigionamento del latte pei malati, pei bambini e pei vecchi, ricorda essere utilissimo che i Comuni stessi provvedano alla vendita alla popolazione in genere: in ogni caso dovranno istituire latterie speciali o disporre che determinati spacci siano destinati esclusivamente alla vendita del latte per gli ammalati, i bambini ed i vecchi.

ASSISTENZA SANITARIA.

Per la riforma dell'assistenza ospitaliera.

Riceviamo:

Caro *Policlinico,*

Mi rivolgo a te come al più autorevole e tenace propugnatore degli interessi professionali della classe medica e, di riflesso, dell'assistenza agli infermi.

Da tempo, come sai, è stata creata una Commissione per lo studio della Riforma sull'Assistenza agli infermi negli ospedali e già, è a nostra cognizione, S. E. l'on. Bertolini, insieme ad altri membri della Commissione, va facendo visite per tale studio negli Ospedali delle principali città.

Ora, mentre noi approviamo ed ammiriamo l'interessamento che tale Commissione sembra prendere alla realizzazione di questo moderno e vitale problema, ci assilla il dubbio che non tutti i lati della questione possano da essa essere presi ugualmente in considerazione, sì da venire a capo di una riforma generale quale è dappertutto sentita e desiderata in tutti gli Ospedali.

A tal uopo, prima che tale Commissione presenti la sua relazione, non ti sembrerebbe una buona idea quella che, a mezzo tuo, venisse sollecitata la convocazione di un'adunanza generale, fra tutti i medici direttori di grandi e piccoli Ospedali d'Italia, affinchè dall'esposizione e discussione di tutte le questioni pro e contro l'attuale sistema d'assistenza sorgesse un progetto di riforma da indirizzare alla Commissione?

Tale idea deriva dal timore che una riforma venga eseguita (come in altre circostanze se ne sono avuti esempi) senza il modestissimo parere (spesso molto importante perchè nato dalla pratica quotidiana) di quei tecnici che sono preposti alla Direzione dei tanti Ospedali disseminati per l'Italia e che forse, meglio di tutti, conoscono pregi e difetti dei loro dipendenti e dei servizi.

Così verrebbe, forse, ad esser soddisfatto il desiderio che la Riforma venga imposta a tutti gli Ospedali d'Italia, senza differenza: senza fare cioè speciali concessioni a quelli di città grandi, senza tener conto di quelli dei più piccoli centri, ricadendo nel solito e lamentato errore di prender provvedimenti legali differenti per istituti della stessa natura e collo stesso fine, come, purtroppo, molte volte si è fatto da certe Commissioni che, per difficoltà o immensità di qualche problema loro affidato, restringono il loro compito a certi centri privilegiati.

Limitando lo studio del problema soltanto agli Ospedali più grandi, temiamo che la riforma sia per essere una cosa parziale ed incompleta e succeda alla Commissione quello che succede a chi stando in teatro non vede i retroscena, onde è desiderio comune che la riforma sorga dopo aver vagliati tutti i lati della questione ed ascolti il parere dei singoli, non altrimenti che «la macina (sono parole di Marco Aurelio) è pronta a macinare tutto quello per cui essa fu fatta». D'altra parte non ci sembra cosa illogica il tener nel dovuto conto la presenza in Italia di diverse scuole per infermiere di cui quella «Regina Elena» di Roma è veramente esemplare, per non perder di vista la presenza di tante energie già preformate, sull'esempio delle quali si dovrebbe, a parer nostro, formare tutto il personale futuro d'assistenza di tutti gli ospedali.

Si potrebbe far tener presente che, come alla Direzione di qualsiasi ospedale si esige un sanitario, così al servizio d'assistenza d'ogni ospedale grande o piccolo si ponesse la stessa categoria di persone dotate della stessa cultura e fornite d'un eguale diploma, che desse garanzia di capacità e di moralità, e che finalmente non ad altri, se non a loro fosse concessa la facoltà di prestare assistenza agli infermi, non altrimenti che alla levatrice soltanto, fornita di speciale diploma, è concesso assistere le partorienti.

Però è necessario dare a questi diplomi un valore in forza di legge, perchè finora, se numerose furono le allieve che lo conseguirono e le cui famiglie le istradarono nella nobile arte di Florenz Nöthinghal, nella pura idea di dar loro una professione per vivere, poche invero furono quelle che fuori degli ospedali dove conseguirono il diploma, furono tenute in considerazione da amministrazioni ospedaliere di tante Opere Pie presso le quali si presentarono, sia per diffidenza, sia per reconditi fini politici o di confessionale. Percui, persistendo così le cose, ci sembrerebbe perfino inutile la esistenza di tali scuole ed il prolungarsi d'un inganno portato a tante famiglie che, sperando di dare alle loro figlie una professione nobile e degna d'una donna, vedono frustrate tutte le loro speranze, dalla nullità d'un diploma, tenuto in nessuna considerazione.

Stabilendo dunque, per legge, che ogni posto d'infermiere dovesse esser coperto per concorso da chi è fornito di speciale diploma, si eviterebbe l'inconveniente sopra accennato: si affermerebbe il valore, ormai sperimentato, di tante scuole; si avrebbe una vera riforma generale che aprirà una via di più all'attività di tante donne veramente pietose ed istruite e si chiuderebbe un uscio alla falsa pietà e moralità di tante altre che anzichè d'aiuto sono spesso d'inciampo all'attività e alla dignità di tanti professionisti coscienziosi, o per la loro ignoranza, o per questa e la gretteria di tante amministrazioni ospitaliere, che prepongono all'assistenza degli infermi negli Istituti da esse amministrati, delle persone scelte cervelloticamente o per altre ragioni d'indole confessionale che non è, qui, il caso di trattare.

Se queste idee non ti dispiacciono, caro *Policlinico*, ti prego pubblicarle.

Un abbonato.

Firenze, 3 gennaio 1919.

Ha ragione l'abbonato: l'argomento merita l'interessamento de' medici tutti. Epperò diamo posto alla sua lèttera.

Non sappiamo come la Commissione intenda risolvere il gravissimo problema affidatole. Sappiamo che essa con pubblici incitamenti e con moduli largamente distribuiti ha cercato e cerca ovunque di conoscere lo stato di fatto e le aspirazioni di

chiunque s'interessi alla questione. L'idea dell'abbonato che si riuniscano i competenti per fornire argomenti e suggerimenti è magnifica e non nuova; poichè già in parecchie loro riunioni i direttori di ospedali hanno espressi voti e formulate proposte. Da quanto risulta dall'opera finora compiuta dalla Commissione c'è da attendersi obbiettività e buon volere. Noi apriamo le nostre colonne a chiunque voglia portare aiuto nella risoluzione del grosso problema.

MEDICINA SOCIALE.

Provvedimenti igienico-sanitari nel dopo-guerra.

Continuiamo la pubblicazione degli ordini del giorno approvati dalla Sezione per l'Igiene sociale della *Commissione pel dopo-guerra* durante le ultime sedute.

Per la difesa sociale contro la tubercolosi (relazione Simonetta).

La 24ª Sezione (Igiene sociale) propone al Governo:

1° di mettere in pratica tutti i mezzi necessari ad ottenere che le abitazioni siano ridotte e mantenute in condizioni igieniche sia dal punto di vista edilizio, sia da quello del numero di persone che possono convivere in dati ambienti;

2° di tutelare quanto più energicamente sia possibile la salute dei lavoratori sia nel consigliarli nella scelta del lavoro al quale devono dedicarsi in relazione alle loro condizioni individuali, sia per la manutenzione degli ambienti nei quali il lavoro deve compiersi, sia per il numero di ore nel quale ogni operaio deve lavorare;

3° di agevolare, specialmente ai meno abbienti, l'acquisto delle sostanze alimentari più indispensabili;

4° di intensificare la lotta contro l'alcoolismo;

5° di applicare provvedimenti sanitari agli operai emigrati che tornano in patria;

6° di fare applicare inesorabilmente le disposizioni che vietano di sputare in terra nei luoghi e nei veicoli pubblici;

7° di far curare meglio la pulizia delle vie urbane imponendo anche l'obbligo di cooperarvi coi frontisti;

8° di dare disposizioni tassative per la pulizia dei veicoli d'uso pubblico (ferrovie, trams, vetture, a trazione animale o meccanica) e per la disinfezione dei guanciali, che vengono dati a nuolo sulle ferrovie;

9° di promuovere il dirigere e il perfezionarsi delle istituzioni che hanno influenza sul rinvigorimento dei bambini e dei giovanetti ed opere di prevenzione antitubercolari infantili (soccorso materno, Brefotrofi, Asili infantili, Scuole all'aperto, Colonie educative, Ricreatori popolari, Colonie marine, Colonie montanine, Cure di sole, Ginnastica medica, Educazione fisica, Giovani esploratori);

10° di istituire nelle città e nei diversi centri periferici di ogni provincia Dispensarii antitubercolari, dotati di tutti i mezzi scientifici necessari e di personale tecnico competente sia per la funzione diagnostica e terapeutica, sia per quella sociale-educativa. I Dispensari periferici dovranno possedere i mezzi ed il personale occorrente per le disinfezioni ed i dirigenti di essi dovranno esercitare la loro missione anche fuori del Dispensario;

11° di dare speciale incarico all'Ufficio Medico Provinciale di vigilare sul modo col quale saranno curati i tubercolosi ospedalizzati e sulle cautele che debbono esser prese sia riguardo al reclutamento, ai turni di servizio, all'alimentazione ed all'alloggio del personale d'immediata assistenza, alla disinfezione di quanto proviene dalle sale dei degenti;

12° di assicurarsi in modo ineccepibile del buon funzionamento dei ricoveri di tipo sanatoriali. È da questi Stabilimenti infatti che usciranno gli individui i quali, restituiti al consorzio della popolazione, vi debbono portare non solo la prova personale di aver superato la malattia accertata, ma anche quel complesso di cognizioni e di abitudini igieniche, le quali, quando saranno generalizzate (anche per virtù di questa propaganda d'esempio), varranno immensamente per migliorare il modo di vivere di coloro che si troveranno in contatto con essi;

13° che lo Stato prosegua nella applicazione delle provvidenze già stabilite per la lotta sociale contro la tubercolosi destinandovi una maggiore larghezza di mezzi.

Difesa sociale contro la malaria (relazioni Marchiafava, Bertarelli, Tropeano).

La Sezione per l'Igiene sociale fa voti:

1° che siano mantenuti sino a quando sarà opportuno, almeno in parte, i convalescenziarii militari, scegliendoli con criteri logici rispondenti alla natura del morbo e alle necessità di luogo, e tenuto presente il buon risultato dei convalescenziarii in alta montagna;

2° che (sia pure a titolo di prova) vengano stabilite in centri malarici infermerie prossime alla casa del medico, nelle quali possano curarsi i malarici gravi;

3° che venga intensificata l'opera di piccola bonifica, sia con regolamenti generali, sia insistendo per le compilazioni di regolamenti locali, in guisa che si giunga subito ad ottenere che almeno attorno alle abitazioni e per un raggio di 800 m. le più dirette cause di anofelismo siano tolte;

4° che si provveda a una revisione delle zone malariche ed eventualmente a ritocchi della legge, studiando se non convenga rendere obbligatoria la difesa meccanica per tutte le abitazioni in zona malarica;

5° che lo Stato si imponga di far scrupolosamente osservare le leggi antimalariche e il regolamento sull'igiene dell'abitato;

6° che le Sezioni competenti prendano sino da ora in considerazione i quesiti fondamentali:

a) della revisione del catasto;

b) del rimboschimento e delle divisioni del latifondo;

c) della coltura intensiva, della viabilità, dell'opportuno trasporto quotidiano dei contadini, dell'uso delle macchine agricole;

d) della situazione idraulica e della permanente vigilanza igienica delle bonifiche;

e) della limitazione del lavoro;

la soluzione razionale dei quali è condizione assoluta alla risoluzione del problema malarico;

7° che lo Stato studii se non convenga decentrare la lotta antimalarica, affidandola alle amministrazioni provinciali ed esplicandola mediante una Commissione antimalarica provinciale.

Per la difesa contro la pellagra (relazione Loriga).

La Sezione d'Igiene sociale propone:

1° Che siano modificati gli articoli 32, 33 e 35 del Regolamento 5 novembre 1903, n. 451, allo scopo di rendere efficace l'obbligo dell'alimentazione curativa dei malati poveri di pellagra sancito dall'art. 184 della legge sanitaria, sottraendolo all'alea della durata e dei modi di funzionamento delle locande sanitarie o delle cucine economiche, convertendolo invece in un mezzo terapeutico *continuativo* e da somministrarsi anche a domicilio.

2° Che sia aumentato innanzi tutto il contributo dello Stato, delle Provincie e dei Comuni per debellare la pellagra, accettando il principio che anche i proprietari delle zone pellagrogene siano chiamati a darvi il loro contributo.

Difesa sociale contro le psicosi e le nevrosi (relazione L. Bianchi).

La Sezione, udita la relazione del prof. Bianchi, approva le seguenti conclusioni:

1° combattere tutte le cause d'indebolimento fisico-organico ed in special modo tener presente la particolare forma dell'alcoolismo del nostro paese, ove si consuma per un miliardo e mezzo a due miliardi del maggior prodotto della terra, collo effetto della degenerazione e della fiacchezza da parte dei moltissimi che ne abusano;

2° intensificare la istruzione popolare, ed allargarne i limiti;

3° provvedere alla educazione fisica con metodi e mezzi veramente idonei ed efficaci;

4° istituire medici scolastici con coltura specifica per l'ufficio di selezionare, nelle scuole primarie, tutti i deboli di corpo e di mente per i quali sono necessari metodi scolastici (pedagogici) ben differenti che per i normali; ed ottenere per tal modo il maggior possibile sviluppo fisico-mentale dei fanciulli deficienti;

5° affrontare il problema organico in quanto il patrimonio non riguarda solo gl'individui interessati, ma è anche funzione statale e dovrà essere regolata dalle promesse scentifiche meglio assodate.

La seconda parte del compito riflette le modificazioni, reputate urgenti della legge 1904 sui manicomi e gli alienati;

6° un istituto di cura intermedio per le psicosi acute, tossiche e infettive, che guariscono in larga proporzione se curate convenientemente in tempo, e per le psicosi miti o iniziali, per le quali la legge vieta il ricovero. Potrebbero essere utilizzate per siffatto servizio pubblico le cliniche per le malattie nervose e mentali, nelle quali le due categorie di infermi dovrebbero essere liberamente accolte. A tal fine è necessario modificare la legge, sopratutto gli articoli 1, 2, 11.

Provvedimenti del dopo-guerra per i tracomatosi (relazione Bertarelli).

La guerra ha determinato un aumento considerevole nel numero dei tracomatosi. Secondo Cirincione i tracomatosi dell'esercito sommano ora ad almeno 30,000. Le misure adottate durante l'ultima fase della guerra hanno permesso di curare un numero considerevole di questi malati in guisa che al ritorno alle case possano almeno considerarsi come non infettanti: ma una aliquota non determinabile, ma indubbiamente alta, sarà pur sempre rappresentata da individui tuttora infetti e pericolosi.

A ridurre un cosiffatto pericolo si fa voto che i tracomatosi in atto ternino a casa muniti di schedina sanitaria colla indicazione del morbo del quale sono affetti e che possibilmente si trasmetta ai comuni di destinazione il nome del malato e la indicazione della malattia.

Si fa inoltre voti che nei paesi in cui il numero dei malati in ritorno è discreto o alto, l'ufficiale sanitario provveda a sistematizzare le visite e le cure, il che attraverso alle schedine inviate ai Comuni può essere possibile. Una pubblicazione delucidativa coi consigli del caso dovrebbe essere inviata ai Comuni nei quali i tracomatosi ritornano, così che il medico in ogni caso trovi facilitata la sua opera.

I comuni o lo Stato provvederanno per un assegno destinato a compensare il medico o i medici chiamati alla cura. Ove il numero (come è in taluni comuni dell'Italia meridionale) dei malati fosse alto, converrà organare un vero e proprio dispensario per tracomatosi per opera del comune.

La Direzione di Sanità seguirà anno per anno l'andamento dei comuni a tracomatosi per evitare l'insediarsi della piaga.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7561) *Medico condotto - Estrazione di denti - Pensioni.* — Dott. E. D. da S. — Il medico condotto non è obbligato alla estrazione dei denti. Se compie tale prestazione può chiedere speciale compenso, come è determinato dalle consuetudini locali. I quattro anni di assistentato presso l'ospedale civile non si possono riscattare: si possono bensì riscattare gli anni di servizio prestati come medico condotto prima della istituzione della cassa pensioni.

(7562) *Aumento di stipendio agli impiegati delle Opere Pie.* — Dott. abbonato n. 625. — I medici delle Opere Pie, salvo speciali disposizioni contenute nei regolamenti interni, non possono essere ritenuti come non facienti parte del personale degli impiegati della Pia istituzione. Di modo che non è spiegabile il provvedimento con cui l'amministrazione, aumentando gli stipendi agli impiegati dipendenti, abbia esclusi dal beneficio i medici addetti all'ospedale, perchè non li ritiene come impiegati. Tale provvedimento è illegale e chi se ne sente leso, prima di adire l'autorità giudiziaria, potrebbe, a nostro avviso, utilmente invocare l'intervento della Commissione provinciale di beneficenza con apposito ricorso. Per le Opere pie l'aumento dello stipendio agli impiegati è facoltativo, ma diventa obbligatorio per quella classe di impiegati che fu a torto esclusa dal beneficio, che venne, per converso, concesso a tutti gli altri.

(7563) *Aumento di stipendio - Sessennii.* — Dottor G. I. da A. L. — Il sessennio, di cui si è acquistato il diritto, si consolida con lo stipendio e diventa parte integrale di esso. Così che il medico con un sessennio e, cioè, con 4400 di stipendio, ha diritto a percepire l'indennità caro-viveri, che, per l'art. 1° del D. L. del 26 luglio 1917, numero 1181, è accordato in lire 24 mensili a coloro che percepiscono stipendio superiore a lire 1500 e fino a lire 4500. Il medico condotto, che per effetto dei sessennii precedentemente maturati, percepisce stipendio di lire 4800, non ha diritto alla indennità caro-viveri.

(7564) *Indennità per abbandono di servizio a causa di salute.* — Dott. S. B. da B. Con 46 anni di età e 21 di servizio, abbandonando la condotta per salute, riceverà la indennità di L. 4788. Essa è alquanto minore di quella che le fu liquidata nel 1914 perchè nel frattempo si è pubblicato il regolamento per la esclusione della legge sulle pensioni, che ha dato nuove norme e criterii positivi su tale argomento.

(7565) *Aumento di stipendio e caro-viveri - Aspettativa.* — Dott. G. L. da C. — All'impiegato in aspettativa spetta l'aumento dello stipendio proporzionatamente alla somma che egli percepisce effettivamente ogni mese. Gli compete l'intera indennità caro-viveri, se lo stipendio che percepisce di fatto, non superi il minimo stabilito dalla legge per tale concessione.

(7566) *Pensioni.* — Dott. E. S. da F. — Con 63 anni di età e 32 di servizio si liquida la pensione di lire 2045. La vedova in concorso con la prole minorenne ha diritto alla pensione liquidata in ragione della metà di quella che sarebbe spettata o che fu conferita al sanitario. Ritardando di sei mesi la pensione si ha diritto alla liquidazione su di un anno di età in più ed un anno di servizio in più, giacchè sei mesi ed un giorno dell'una o dell'altro si contano come anni interi. Per la liquidazione della pensione occorre produrre domanda in carta da bollo all'Ufficio provinciale sanitario corredandola dei seguenti documenti su carta semplice: 1° atto di nascita; 2° originale laurea; 3° uno stato dei servizii prestati; 4° gli atti di nomina, licenziamenti, aspettative, che si sono avuti durante il servizio. Per ottenere la pensione occorre qualche mese di tempo dall'epoca in cui si è lasciato il servizio.

(7567) *Sessennii - Aumento di stipendio.* — Dottor G. M. da R. — Effettivamente ogni aumento di stipendio interrompe il periodo sessennale in corso, che ricomincia ex-novo dalla data del relativo provvedimento. Però per gli aumenti di stipendio ottenuti in applicazione del D. L. 10 febbraio 1918 ciò non avviene, in quanto che la lettera *d*) della circolare della Ragioneria Generale dello Stato del 14 febbraio stesso anno, dice tassativamente: *I termini di tempo fissati dalle disposizioni in vigore per la maturazione degli aumenti periodici non rimangono interrotti dalla elevazione predetta e gli aumenti stessi sono da valutarsi in base al nuovo stipendio.* Così che Ella perde il sessennio iniziato nel 1913, ma non quello del volgente, il quale deve essere valutato sullo stipendio già aumentato nel decorso anno.

(7568) *Malattia contratta in servizio.* — Dottor M. B. da R. — Diritto ad ottenere l'indennizzo per la infermità contratta a causa del servizio volontariamente prestato durante la epidemia effettivamente non vi è. Non crediamo, però, che l'Amministrazione comunale possa, se richiesta, rifiutarsi ad indennizzarla bonariamente del danno patito per l'opera prestata nel pubblico interesse in momenti difficili e pericolosi.

(7569) *Pensioni.* — Dott. D. M. da R. — Avendo aderito alla Cassa nel 1909 prima della promulgazione della legge del 2 dicembre stesso anno, numero 744, ha diritto al riconoscimento dei servizi prestati anteriormente al 1° gennaio 1899, cioè, 4 anni. Questi quattro anni, aggiunti ai 9 già prestati dopo l'inscrizione, formano 13 anni in suo favore non sufficienti, però, per ottenere la pensione. Deve servire ancora altri 11 anni. Il riconoscimento avviene all'atto della liquidazione.

(7570) *Ricchezza mobile.* — Dott. P. Z. da F. — Anche sul piccolo compenso che Ella riceve come Ufficiale sanitario e come medico necroscopo, è dovuta la tassa di ricchezza mobile, giacchè tali lievi indennità diventano tassabili cumulate con lo stipendio che riceve come medico condotto o con qualunque altro qualsiasi cespite colpito dalla ricchezza mobile.

(7571) *Rivaccinazione - Compenso.* — Dott. G. C. da C. — L'obbligo del medico condotto di eseguire le vaccinazioni gratuitamente si estende eziandio alle rivaccinazioni generali ordinate dall'autorità competente come misura profilattica.

(7572) *Pensioni.* — Dott. M. P. da T. dei P. — Con 62 anni di età e 35 di servizio si liquida la pensione di lire 2322. La domanda di pensione, redatta su carta da bollo, deve essere inviata all'Ufficio provinciale sanitario, accompagnata: 1° dall'atto di nascita; 2° dalla laurea originale; 3° dallo stato di servizio; 4° da tutte le deliberazioni di nomina, licenziamento, aspettative, ecc. I suddetti documenti sono esibiti in carta libera.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 3532:

L'indennità speciale conferita dal Ministero dell'interno ai medici militari comandati al servizio *antiinfluenzale* non può spettarle dato che la sua qualità di facente funzione di medico condotto già lo poneva nella condizione di dover curare i malati di questa e di qualsiasi altra malattia, epidemica o non, che fosse scoppiata nel suo Comune.

All'abb. n. 2870:

Come già si è detto, a tutti indistintamente gli ufficiali medici chiamati alle armi per la guerra spetteranno all'atto del congedamento due mesi di stipendio, più altrettante mensualità di stipendio quanti sono stati *gli anni di campagna* passati in servizio.

Tale beneficio, quindi, spetta di diritto anche a Lei.

All'abb. n. 1106:

Ebbero diritto all'indennità solo i medici borghesi divenuti ufficiali medici in seguito al richiamo.

Ella era già ufficiale medico del ruolo territoriale e quindi l'indennità non le potè spettare.

All'abb. n. 1143:

Agli ufficiali medici dell'Esercito spettavano, all'atto del congedamento, oltre i due mesi di stipendio comuni a tutti, anche altrettante mensilità quanti sono i rispettivi anni di campagna.

Per gli ufficiali della Croce Rossa ritiensi esistano analoghe disposizioni.

All'abb. n. 1155:

Rispetto le indennità Ella gode degli stessi diritti degli altri ufficiali e militari che prestano servizio al campo di aviazione al quale è assegnato.

M. G.

All'abb. n. 9199:

Per ottenere il posto di medico di reparto delle Ferrovie dello Stato è necessario prendere parte al concorso. I concorsi per tali posti vacanti saranno banditi a pace conclusa.

a. a.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Alberto Santamaria, capo della Divisione medico-legale della Direzione generale di sanità militare, è stato promosso a scelta tenente-colonnello.

Vivi rallegramenti.

Il dott. Ezio Mazzolini ha brillantemente conseguito la libera docenza in patologia speciale medica presso l'Università di Roma.

Trattato il tema: « Metodi di diagnosi precoce della tubercolosi polmonare ».

La Commissione era costituita dai proff. Tamburini presidente, Ascoli, Marchiafava, Bignami e Ferdinando Matoni.

Sentiti rallegramenti all'ottimo amico e valente studioso.

CONDOTTE E CONCORSI.

Laureato 14 anni, larga pratica chirurgica, ottimi titoli, pubblicazioni, disposto prestar subito servizio chirurgico. Scrivere: dott. Giovanni Onano, Ancona.

NOTIZIE DIVERSE

Per un Ministero della Sanità in Italia.

L'*Agenzia Italiana* informa che sarebbero terminati gli studi per la costituzione di un Ministero d'igiene e sanità pubblica, in cui dovranno essere riuniti tutti i servizi sanitari civili e militari.

Il Ministero della Salute pubblica in Inghilterra.

È stato presentato dal Governo inglese alla Camera dei Comuni un progetto di legge per l'istituzione di un « Ministero della salute ». Il progetto verrà in discussione alla prossima sessione di lavori parlamentari.

Il nuovo Ministero per ora provvederebbe ad accentrare e coordinare alcuni servizi sanitari sparsi in varî dicasteri; in seguito assumerebbe una vasta portata: cura e profilassi delle malattie sociali, come la tubercolosi, il cancro e la pazzia, raccolta ed elaborazione di dati statistici e d'informazioni sanitarie, insegnamento della medicina (clausola 2ª); pare che rientrerebbero nella sua orbita anche gl'istituti ospedalieri, gli uffici e i laboratori d'igiene, le istituzioni mediche scientifiche.

Il progetto è stato elaborato dal Ministero del dopo-guerra (Ministry of Reconstruction), con la cooperazione dei rappresentanti i corpi medici più autorevoli dell'Inghilterra.

Inaugurazioni di anni accademici.

L'anno accademico è stato inaugurato all'Università di Napoli con un discorso del prof. Filippo Bottazzi su « L'alimentazione dell'uomo »; all'Università di Genova con un discorso del prof. Arnaldo Trambusti sul tema « Medicina di guerra ».

Elargizioni.

L'Amministrazione del Mutuo Sindacato Nazionale Infortuni, visti i rilevanti avanzi del bilancio 1918, si propone di prelevare la somma di 100,000 lire per la creazione di un'opera di previdenza sociale, sulla quale deciderà un'apposita Commissione, in cui entrerà pure una rappresentanza della classe operaia. Il Mutuo Sindacato ha pure partecipato alla sottoscrizione « Pro Combattenti » con altre 100,000 lire in titoli del V Prestito.

Il Consiglio comunale di Torino dovrà deliberare l'accettazione della eredità del cav. Davide Ottolenghi, ammontante a circa un milione di lire, con l'obbligo di fondare, su una delle colline circostanti alla città, una colonia profilattica per bambini deboli.

Il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale infortuni si è adunato presso la sede Centrale dell'Istituto in Roma, nell'ordinaria sessione di fine d'anno.

I risultati di gestione dell'esercizio 1918 confermano una regolarità di funzionamento ed una solidità di mezzi tali da garantire completamente industriali ed operai della retta applicazione della legge infortuni, giustificando così il crescente favore e la piena fiducia di cui la Cassa Nazionale Infortuni gode da parte delle classi interessate e del Governo. Della fiducia governativa sono prova gli importanti incarichi affidati alla Cassa dalle Amministrazioni Militari per liquidazione e pagamento di indennità per infortunio da esse dovute.

Il Consiglio ha approvato le proposte per un nuovo ordinamento amministrativo che assicuri maggiore celerità e scioltezza di funzioni dell'Istituto in rapporto specialmente all'assicurazione per gli infortuni sul lavoro a beneficio dei contadini, assicurazione che la Cassa eserciterà con carattere di preminenza giusta le disposizioni legislative in materia. La riforma si basa precipuamente sull'estensione del concetto di decentramento il quale si attuerà portando a 38 i Compartimenti di assicurazione, attualmente in numero di 12, ed aumentando, in proporzione, il numero degli organi locali (Sedi secondarie e Agenzie).

Con particolare compiacimento il Consiglio ha appreso delle pratiche svolte perchè l'Istituto sia autorizzato a gestire nelle terre redente l'assicurazione infortuni, come già provvide un'ordinanza del Comando Supremo in data 7 novembre 1915: rappresentanze saranno all'uopo istituite a Trento e a Trieste.

L'occasione è stata opportuna al Consiglio per esprimere il voto che nell'auspicata prossima riforma della nostra Legge Infortuni sia tenuto anche conto di tutte quelle disposizioni più favorevoli per i lavoratori contenute nelle Legge vigenti nelle terre redente e delle altre provvidenze sociali che con esse hanno rapporti.

Il Consiglio Superiore ha avuto anche comunicazione degli studi in corso per l'estensione dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni alla Colonia Eritrea, come già fu estesa alla Tripolitania e Cirenaica fino dal 1913.

Propaganda igienica.

Il dott. Salvatore Cona, capo reparto di chirurgia militare nell'Ospedale civile di Caltagirone, ha tenuto nello scorso anno, con molto interesse e grande profitto, delle conversazioni igieniche, una volta per settimana, con i militari ammalati. Riportiamo l'elenco degli argomenti trattati: 1° I microbi, nemici della salute, causa delle malattie infettive; 2° L'ammalato, sia uomo che animale, prima sorgente delle infezioni; 3° Lotta alle mosche; 4° Il pulviscolo atmosferico; 5° Il divieto di sputare a terra; 6° La tubercolosi è malattia infettiva evitabile e guaribile; 7° Come difendersi dalle malattie infettive contagiose; 8° I danni dell'alcoolismo; 9°-10° I soccorsi d'urgenza.

Le scuole mediche negli Stati Uniti d'America.

Negli Stati Uniti durante il 1918 si ebbero 13630 iscritti ed è continuata la diminuzione iniziatasi nel 1905. Sono in aumento le iscrizioni al primo corso (fenomeno generale nei paesi in guerra).

Si ebbero 581 studentesse (4,3 %) e su un totale di 2670 lauree ne furono conferite 156 a donne.

In totale risultano 90 scuole di medicina fra cui 6 omeopatiche, 2 eclettiche e 3 non classificate. Nel 1910 le scuole erano 160. Lo Stato di New York ha 9 scuole; seguono gli Stati di Illinois, Missouri e Pennsylvania con 6 ciascuno.

L'Associazione Medica Americana divide queste novanta scuole in tre categorie: buone, facilmente riducibili a buone e richiedenti una completa riorganizzazione per rendersi accettabili. In questa ultima categoria si trovano dodici scuole, tra cui una certa «Eclectic Medical University» di Kansas City, che pare, fra l'altro, abbia declinato l'onere di una ispezione delle autorità statali, onde non è riconosciuta dal Missouri State Board.

Il *Journal A. M. A.*, da cui riassumiamo questi dati, osserva che le cifre sopra riferite sono confortanti in quanto segnano un miglioramento notevole nell'organizzazione dell'insegnamento medico, che va poco a poco disciplinandosi. (Dai *Pathologica*).

VINCENZO CERVELLO

Un periodico che mira ai fini della scienza ed a quelli del più vero e grande dei sacerdozi, non può a meno di additare all'amore ed al rispetto dei contemporanei e dei posteri chi, come Vincenzo Cervello, tutta la nobile vita spese per la scienza, per la scuola, per il sacro ministero dell'arte, per il bene dell'umanità.

Vincenzo Cervello nacque in Palermo nel marzo del 1854 da Niccolò e da Giuseppina Cianciolo: Niccolò Cervello, pensatore e filosofo, matematico e letterato, medico e professore, ma sopratutto adamantina tempra di cittadino; Giuseppina Cianciolo, sorella di prodi che diedero al risorgimento d'Italia tutto l'ardore di loro giovinezza, tutti i palpiti del cuore generoso.

E per i suoi genitori Vincenzo Cervello ebbe il culto più sentito, benchè in apparenza rigido e freddo. Egli aveva nel cuore immensi tesori di affetto. E palpiti aveva per noi, suoi allievi.

La bella anima sua, temprata nei sacri affetti della famiglia e del laboratorio, effondevasi, con lo stesso ritmo generoso, nella vita pubblica.

Palermo e la Sicilia ricorderanno sempre il cittadino eroico che, sfidando pericoli di ogni sorta, nelle più gravi epidemie, tutto sè stesso diede all'umanità, meritando dal Governo la più alta ed ambita distinzione, la medaglia d'oro ai benemeriti della pubblica salute.

E con lunghi stenti, raccogliendo l'obolo dagli amici, dai clienti, dalle anime buone che in Lui confidavano, Vincenzo Cervello silenziosamente riusciva a creare in Palermo un Sanatorio per tubercolotici, che a lui si intitola, ed è per la Sua memoria

monumentum aere perennius.

Clinico esperto, fece dell'esercizio professionale un sacerdozio. L'esercizio professionale circoscrisse volontariamente in limiti ristrettissimi, per dedicare il suo tempo agli studî, alle cure pubbliche, agli affetti familiari: ma il povero, che non poteva retribuirne l'opera, ebbe sempre da Lui le cure sollecite dell'arte, ed insieme l'aiuto largo e spontaneo.

Nella scuola Vincenzo Cervello fu severo. Tale sua severità, tutta fatta di amore, se gli conciliava il rispetto più profondo, non gli alienava l'animo dei giovani; perchè i giovani, con il loro intuito, si accostavano al Maestro, così come il figlio si stringe con più intimo affetto al padre che non lo vezzeggia, ma lo corregge.

Chiamato dalla fiducia del Governo a far parte dei più eminenti Consessi sanitarii, vi profuse tutto il Suo sapere e la vasta esperienza personale.

Giovanissimo succedette al padre nella cattedra di materia medica a Palermo, chiamatovi dal voto della Facoltà come straordinario: passò poi, per concorso, ordinario alla cattedra di Catania, da dove fece ritorno a Palermo, per trasferimento. Ebbe due volte l'incarico dell'insegnamento di clinica medica, che tenne con altissimo onore, ma che volle lasciare per la cattedra sua prediletta.

Sperimentatore sagace, critico acuto, egli lascia numerose pubblicazioni, alcune delle quali, come gli studî sulla paraldeide, quelli sull'Adonis, quelli sul ferro, rimarranno modelli classici, costituiscono imperiture conquiste della scienza.

Fondò, e per lunghi anni mantenne con grave sacrificio, un periodico di scienza, l'*Archivio di Farmacologia e Terapeutica.*

Largo, profondo cordoglio lo ha seguito nella tomba. Ma egli tutto non è morto: vivrà lo studioso illustre nei fasti della scienza; vivrà il filantropo insigne nell'opera sua di amore e di bene.

Prof. F. A. FODERÀ.

Si è spento il prof. ROBERTO CAMPANA, direttore della Clinica dermosifilopatica della Regia Università di Roma.

Della sua opera ci occuperemo nel prossimo numero.

Il fascicolo 1° (15 gennaio 1919) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene i seguenti lavori:

I. Prof. **G. Razzaboni:** *La plastica esofagea per mezzo del trapianto libero di intestino.*

II. Prof. **A. L. Soresi:** *Nuova teoria sulla patogenesi del cancro. La teoria connettivale (cicatriziale).*

III. Dott. **F. Nassetti:** *Stenosi sopracecale da anormali condizioni anatomiche dell'appendice.*

IV. Prof. **P. Filadoro:** *Due casi di aneurisma della poplitea di natura sifilitica.*

V. Dott. **E. Bussa-Lay:** *Aspetto vario delle lesioni vasali osservate nelle diverse formazioni sanitarie e relativo trattamento.*

Il fascicolo 1° (1° gennaio 1919) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

I. Prof. **Augusto Murri:** *La legge del cuore.*

II. Dott. **G. V. Ferralis:** *Aritmia sinusale completa in un caso di febbre di Malta.*

III. Dott. **Bianca Frattini:** *La reazione di Wassermann con la titolazione del complemento.*

IV. Dott. **E. De Sarro:** *Due casi di emiplegia come complicazione del tifo addominale.*

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, resp
(32)

Anno XXVI. Roma, 26 gennaio 1919 Fasc. 4.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. CONCETTI.

Intorno alla prova di Boveri e ad una reazione al bleu di metilene in liquidi cefalo-rachidiani patologici.

Nota del dott. GIOVANNI GENOESE, assistente.

Nella seduta dell'aprile del 1914 della Società lombarda di scienze mediche Boveri riferì su di una reazione da lui ottenuta nel liquido cerebro-spinale, facile per la tecnica ed alla portata del medico pratico, e semplice e rapida per i risultati, e sulla scorta di numerose osservazioni pubblicate posteriormente (*Münch. Med. Woch.*, 1914, n. 22) assegnò alla reazione stessa un grande valore clinico, che ricerche ulteriori hanno confermato.

La reazione di Boveri è semplicissima: in una piccola provetta contenente un centimetro cubico di liquido da esaminare si versa lentamente, facendolo scorrere per uno dei bordi, un centimetro cubico di soluzione all'1 ‰ di permanganato di potassio puro; se il liquido cefalo-rachidiano è normale, nulla si nota al limite di separazione fra i due liquidi; se il liquido è patologico, allora si osserva all'altezza di questo limite una zona più o meno gialla: questa reazione è detta *zonale*: imprimendo qualche scossa alla provetta a fine di mescolare i due liquidi, se il liquido spinale è patologico si ha una tinta giallo-canarina della miscela; viceversa, se il liquido è normale, la

colorazione resta rosa-violacea: questa reazione è detta *globale*.

Il valore della prova secondo il Boveri è in rapporto alla prontezza di produzione: si può chiamare reazione *forte* quando essa si produce istantaneamente o in pochi secondi, *media* se in tre o quattro minuti, *debole* se in cinque o sei minuti; oltre questo limite la reazione è da considerarsi negativa poichè dopo un certo tempo anche in condizioni normali la miscela cambia di colore.

Tutte le volte che la quantità di albumina nel liquido cerebro-spinale aumenta, anche la reazione è positiva pur non potendosi ciò affermare in modo proprio assoluto, così come non si può affermare un parallelismo con la linfocitosi, poichè con linfocitosi imponenti l'autore ha avuto reazioni deboli e reazioni forti con linfocitosi leggiere.

La patogenesi di questa reazione secondo Boveri è oscura e merita di essere accertata, tanto più che le ricerche sono appena all'inizio e non è possibile alcuna affermazione: il fatto di averla trovata presente quando le reazioni di Nonne e di Noguchi sono positive fa pensare che essa sia in relazione a turbe del metabolismo delle sostanze proteiche e forse alla disintegrazione delle albumine endogene, come si potrebbe d'altra parte pensare che essa sia dovuta a qualche pigmento derivante dalla emoglobina del sangue e che si troverebbe nel liquido cerebro-spinale a seguito di lievi e piccole emorragie.

Questa reazione per Boveri è un segno certo di alterazione del *liquor* dovuta a causa patologica: i lavori pubblicati sull'argomento sono pochi ed è bene riassumerli brevemente a cominciare dal primo, che è quello di Dubois e Branden pubblicato in *Presse médicale*, 22 luglio 1915: i suddetti autori studiarono tale reazione nella tripanosomiasi umana e poterono constatare che essa è abituale in tale affezione nel periodo nervoso del morbo, mentre è assente nel primo periodo, e dicono la prova essere dovuta alle sostanze proteiche contenute nel liquido.

Chiaravallotti, della Clinica di Iemma, poco prima della sua tragica fine in zona di guerra ricercò la reazione di Boveri in 26 casi di malattie diverse quasi in massima parte meningiti tubercolari e cerebro-spinali, ed in 4 casi normali da servire di controllo: egli contemporaneamente dosava nel liquido spinale l'albumina col metodo di Kjeldahl e con l'Esbach e praticava l'esame del sedimento centrifugato, e ciò allo scopo di potere stabilire i possibili rapporti fra la reazione al permanganato, le sostanze albuminoidee e i diversi elementi corpuscolati.

Le conclusioni del Chiaravallotti sono concordi nel ritenere la prova di gran valore pratico: secondo lui l'intensità e rapidità della reazione sono in rapporto con la quantità di albumina contenuta nel liquido spinale e l'aumento corpuscolare in esso (linfociti, polinucleati) sembra acceleri ed intensifichi la reazione non tanto per sè stesso quanto per l'aumento delle nucleo-albumine che apporta e col quale si accompagna.

Vaglio, semplificando la tecnica di Boveri, usò la soluzione di permanganato decinormale, della quale si versa una goccia sul liquido spinale da esaminare: agitando la provetta la reazione si ha lo stesso se il liquido è patologico: egli ha trovato costantemente positiva la prova in liquidi spinali torbidi avuti da meningiti purulente, sia da streptococco che da meningococco, anche dopo accurata centrifugazione del liquido; ed assegna alla reazione di Boveri grandissimo valore clinico, poichè permette con una pratica semplicissima in presenza di liquidi spinali limpidi giudicare delle condizioni normali od abnormi di essi.

In sei casi di meningite tubercolare, in un caso di meningo-encefalite, in uno di ascesso cerebrale, in due casi di meningite acutissima da enterococco, in due di tabe dorsale, ed in un caso di *lues cerebri*, Vaglio trovò la reazione positiva, mentre la trovò negativa in 21 casi di malattie varie, come malaria, psicosi, tifo, neuriti radicolari, onde anche egli ritiene che la reazione positiva sia indizio di reazione meningea e denoti aumento nel tasso di albumina nel liquido cefalo-rachidiano.

In questi ultimi anni ho voluto ricercare la reazione di Boveri in numerosi liquidi spinali esaminati di bambini degenti in Clinica pediatrica o avuti privatamente in osservazione, ed il risultato delle mie ricerche che sommariamente esporrò conferma la grandissima utilità della prova che permette in modo semplice e facile, a differenza di altri metodi, di giudicare delle condizioni normali o patologiche di un liquido cefalo-rachidiano.

Ho usato nelle mie ricerche sia l'originale tecnica del Boveri quale risulta dalla sua comunicazione fatta alla Società lombarda, sia la tecnica modificata dal Vaglio, ed in entrambi i casi ho avuto risultati netti e decisivi, onde a mio parere si tratta di reazione che dovrebbe entrare completamente nella pratica clinica, potendo dare risultati apprezzabili e non richiedendo nè manipolazioni complicate di laboratorio, nè grande armamentario, nè lungaggini di esami, poichè come dagli autori tutti è stato affermato e come dalle mie modeste ricerche risulta, la prova è tanto più posi-

tiva, quanto più rapidamente ed istantaneamente si produce.

I liquidi spinali da me saggiati sono stati complessivamente circa 30 avuti da bambini affetti da malattie diverse, ed i risultati ottenuti appariscono dalla tabella dimostrativa annessa: in ogni caso ho nello stesso tempo tenuto conto del tasso di albumina ed in certi casi ho praticato l'esame del sedimento centrifugato. Per l'intensità della prova ho avute reazioni che si sono prodotte in meno di due secondi, e direi quasi istantaneamente (reazione forte), e reazioni che si sono verificate in 3 o 4 minuti (media), ed alcune in 5-10 minuti (debole): oltre questo limite non ho tenuto conto dei risultati della prova, poichè qualunque liquido spinale o normale o patologico assume dopo lungo tempo colorazione gialla se trattato col permanganato.

In tutte le reazioni forti avute il tasso di albumina contenuto nel *liquor* era molto superiore al normale, onde si può dire che effettivamente la prova di Boveri stia in relazione con l'aumentata quantità di albumina nel liquido cefalo-rachidiano, così in liquidi ricchi di albumina con un tasso del 4.50 al 6 ‰ come nelle meningiti cerebro-spinali esaminate (e provenienti tutte dallo stesso focolaio del Forte Tiburtino) la prova si ebbe rapidamente, anzi istantaneamente, mentre nelle forme tubercolari osservate la reazione fu in massima parte di media intensità.

Nelle forme idrocefaliche la reazione si ebbe in tutte debole, così nella poliomielite, e negativa si ebbe nei due casi di tifo e in due di tetania.

In molti casi di meningite tubercolare fu da me praticato anche l'esame microscopico del sedimento del liquido spinale, e debbo affermare, come giustamente osserva il Boveri, che nessun parallelismo esiste fra linfocitosi ed intensità della reazione, poichè in certi casi in cui si ebbe linfocitosi abbastanza spiccata la prova fu di media intensità, mentre in pochi casi in cui la linfocitosi non era così notevole si ebbe reazione forte, cioè quasi istantanea: ciò verrebbe a contraddire i risultati del Chiaravallotti, che pensa come l'aumento corpuscolare del liquido sembra acceleri ed intensifichi la reazione specie per l'aumento delle nucleo-albumine che apporta e con il quale si accompagna.

In quanto alla persistenza della reazione posso dire che la prova di Boveri una volta trovata positiva persiste sempre positiva per tutta la durata del male, però la sua intensità si modifica: a questo riguardo ho voluto seguire pochi casi di meningite tubercolare ed alcuni di idrocefalo nei quali la puntura lombare fu da me praticata diverse volte ed a più riprese, ed all'esame del liquido spinale quando la prova fu positiva la prima volta, tale fu ritrovata nelle punture e nei saggi successivi, ma spesso di media intensità, quando prima era stata trovata forte, ed alle volte forte quando prima era stata trovata media o debole, e ciò certo per le oscillazioni del tasso di albumina.

Nessun rapporto fu da me potuto constatare fra la prova del Boveri ed intensità della malattia, poichè in certi casi di meningite tubercolare la reazione avutasi di media intensità in punture fatte all'inizio del male, tale fu ritrovata anche nello stadio terminale, mentre in certi casi, quando la prova fu trovata forte all'inizio, nel periodo finale della malattia si ebbe reazione media.

Come giustamente osserva il Vaglio, la prova di Boveri assume grande importanza non quando si è davanti a liquidi cefalo-rachidiani torbidi, ma quando si tratta di liquidi limpidi: è allora che con la semplice tecnica accennata si può subito dichiarare che si tratta di liquido patologico quando la prova è positiva e di liquido normale se la prova è negativa: questa affermazione si può fare con sicurezza, poichè la prova di Boveri quando è positiva non ammette dubbio alcuno sulla sua interpretazione, è più o meno rapida a verificarsi, ma è evidente, chiara e netta, ed il cambiamento di colore della miscela di liquido spinale e permanganato è notevole.

Ricercando la reazione suddetta in liquidi spinali avuti da bambini della Clinica ho voluto quest'anno anche vedere e sperimentare se altre sostanze potessero dare una qualche reazione analoga, e sopratutto ho pensato ad un gruppo di ossidanti energici come la tintura di jodio, il bicromato di potassio, l'acido solforico, ecc., ma con nessuna di queste sostanze ho potuto avere risultati di una certa importanza e tali da valere la pena di riferirli: viceversa, risultati convincenti ho avuti con il bleu di metilene.

Per la tecnica ho usato una soluzione debolissima di bleu che si stempera in una provetta con altrettanta acqua distillata fino ad avere una trasparenza della miscela che altrimenti sarebbe molto scura: di tale debolissima soluzione se ne versa un centimetro cubico in una piccola provetta dove prima si è versato un centimetro cubico di liquido spinale da esaminare e si agita la provetta stessa: se il liquido spinale è normale, la miscela resta di un bleu-chiaro e non subisce alcuna modifica di colore; viceversa, se il liquido spinale è patologico, la miscela assume un colorito più o meno verdastro che può andare dal verde-prato al verde-cupo.

A differenza della prova al permanganato che ha diversi gradi di intensità, il saggio al bleu di metilene si produce *istantaneamente* se il liquido è patologico, sia che si tratti di liquidi fortemente corpuscolati, sia che si tratti di liquidi limpidi; con tale prova ho trattati numerosi liquidi spinali, ed in tutti i casi di *meningite* dove la reazione di Boveri era positiva anche tale reazione al bleu fu trovata positiva, come si può notare dall'unita tabella. In nessun'altra malattia oltre le meningiti ho avuta la reazione suddetta.

Non so pronunziarmi sulla natura di tale reazione, ma certo essa deve essere anche in rapporto col tasso di albumina del *liquor;* posso affermare solo che non esiste alcun parallelismo fra tale prova e la *linfocitosi*, e più che altro pensare che deve essere data dalla disintegrazione delle albumine endogene; ma conclusioni più complete potrò riferire in seguito, quando avrò controllati i risultati ottenuti con esperienze su più vasta scala.

TABELLA DIMOSTRATIVA.

N.	Diagnosi	Reazione di Boveri	Reazione al bleu metilene
1	Meningite tubercolare	Forte	Positiva
2	»	»	»
3	»	Media	»
4	»	»	»
5	»	»	»
6	»	»	»
7	»	»	»
8	»	»	»
9	»	»	»
10	»	»	»
11	»	»	»
12	»	»	»
13	Mening. cerebro-sp. ep.	Forte	»
14	»	»	»
15	»	»	»
16	»	»	»
17	Idrocefalo	Debole	Negativa
18	»	»	»
19	»	»	»
20	»	»	»
21	Tifo addominale	Negativa	»
22	»	»	»
23	Tubercolo del cervello	Media	»
24	Poliomielite	Debole	»
25	Tetania	Negativa	»
26	»	»	»

NOTE E CONTRIBUTI.

SCUOLA MILITARE DI MODENA

L'influenza nei due ricorsi epidemici primavera ed autunno 1918.

Maggiore medico dott. VITTORIO CALÒ.

Può riuscire interessante, dal punto di vista epidemiologico, abbracciare con un solo sguardo le due manifestazioni di influenza verificatesi in questa Scuola in due diverse stagioni o fasi dell'attuale invasione pandemica.

Due corsi differenti di allievi ne sono stati colpiti: il 3° ed il 6°, costituiti da circa 2500 allievi ciascuno. Il raffronto rivela una diversa fisonomia fra le due manifestazioni di cui si tratta, e di tale diversità, come della natura e della multiforme varietà degli aspetti clinici della malattia, ho cercato di rendermi il più esatto conto possibile; nelle due relazioni che seguono sono riportati in sintesi i resultati delle mie osservazioni, coi rilievi, colle considerazioni e coi giudizi cui l'esame attento e minuto dei fatti ha dato luogo.

* * *

Relazione sull'epidemia di febbre di breve durata verificatasi in questa Scuola militare dal 1° al 15 giugno. (Modena, 16 giugno 1918).

In relazione all'epidemia di febbre di breve durata che ha colpito in queste due ultime settimane il personale tutto di questa Scuola: ufficiali, allievi, stato maggiore e famigli, stimo opportuno fornire alcuni dati e schiarimenti che valgano in qualche modo a definire la natura di questa forma morbosa le cui caratteristiche si possono così riassumere:

1° Mitezza del decorso;

2° Rarità di complicazioni e di successioni morbose;

3° Una diffusibilità così grande da doversi escludere ogni privilegio di immunità congenita.

Note epidemiologiche. — L'epidemia ha avuto una durata esatta di 15 giorni.

La massima parte degli ufficiali e degli allievi è stata colpita nella settimana dal 1° all'8 giugno: gli altri, che sembravano essere rimasti indenni fino a quest'ultima data, sono caduti ugualmente ammalati nella seconda settimana dall'8 al 15 giugno, presentando anzi questi ultimi una maggior gravezza di sintomi.

L'ultima settimana di maggio era stata caratterizzata, dal punto di vista meteorologico, da un improvviso e notevole abbassamento della temperatura e da pioggie torrenziali.

Nessuna differenza è stata notata fra gli allievi alloggiati in caserme varie e a piani di-

versi: molte compagnie sono installate in piani elevati corrispondenti ai terzi e quarti piani delle abitazioni civili. Anche gli ufficiali abitanti in terzi piani sono stati colpiti. Nessuna traccia di pappataci è stata avvertita malgrado il più attento esame.

Sintomatologia e decorso. — Gli infermi hanno tutti avvertito brividi non forti, ma ripetuti, che hanno segnato costantemente l'inizio della malattia; detti brividi sono insorti senza prodromi, in pieno stato di benessere, e determinati non da sensazioni generali ed istantanee di freddo intenso quali si verificano per la febbre malarica, per la febbre suppurativa o per la polmonite crupale, ma da lievi carezzature o da lievi ondate di freddo risalenti dagli arti inferiori, per il dorso, alla testa.

Dopo i primi brividi la temperatura incomincia ad aumentare lentamente per raggiungere il suo acme in 5-6 ore: questo acme ha variato da individuo a individuo, ma nella maggioranza dei casi si è aggirato sui 39°; alcuni pochi non hanno superato i 38°; pochissimi hanno raggiunto i 40° ed oltre.

Il polso ha sempre seguìto l'ascesa della temperatura con il consueto costante rapporto di circa 15 pulsazioni in più per ogni grado maggiore di temperatura. I primi sintomi iniziali si son quasi sempre avuti verso il meriggio: l'acme è stato quasi sempre raggiunto nelle prime ore della notte, e la notte ha rappresentato il periodo di stato della malattia.

L'ascesa della temperatura è stata sempre accompagnata da forte cefalea a tipo gravativo e da dolori a tipo reumatico in parti fisse del corpo: ai ginocchi (dolore vago a manicotto), ai lombi (del tutto simile alla comune lombaggine), agli occhi o meglio alle orbite nel territorio di distribuzione del nervo sopraorbitario (dolore ottuso specialmente nei movimenti dei bulbi oculari verso l'alto).

Una lieve infiammazione catarrale di tutte le mucose ha generalmente accompagnato l'insorgere della malattia colla caratteristica però di essere tale infiammazione limitata alle porzioni di mucosa prossime alle aperture naturali: così abbiamo constatato lieve infiammazione congiuntivale senza lagrimazione: lieve infiammazione della mucosa nasale senza partecipazione dei seni: lieve infiammazione faringo-laringea senza diffusione allo stomaco e ai bronchi: lieve infiammazione dell'ultima porzione del colon senza risentimento delle parti alte (colon ascendente, trasverso e discendente).

Gli ammalati si presentavano rossi in volto, abbattuti, irrequieti, qualche volta agitati e anche deliranti (specialmente quelli della seconda settimana); la lingua nella massima parte dei casi appariva detersa, rossa e umida; nessun fetore dell'alito: una tosse stizzosa, molesta, senza escreato, toglieva agli infermi ogni possibilità di riposo: hanno passato tutti la prima notte quasi completamente insonne.

L'esame palpativo e auscultativo dell'infermo non ha dato mai luogo ad alcun rilievo d'importanza: assenza di fenomeni toracici se si tolga qualche lieve e raro ronco: ventre trattabile: visceri toracici e addominali nei limiti normali e normalmente funzionanti.

Il periodo di stato ha durato quasi costantemente solo una notte, al termine della quale un'abbondante sudorazione ha determinato la risoluzione rapida dei fatti acuti, l'abbassamento graduale della temperatura e la scomparsa dei fenomeni subiettivi. Prima a scomparire è la cefalea: i dolori reumatoidi si dileguano più lentamente; persiste invece la tosse stizzosa che diviene leggermente umida e a scarso escreato esclusivamente mucoso: la lingua si fa leggermente patinosa.

La seconda giornata trascorre così in una graduale e sensibile attenuazione di tutti i sintomi e l'ammalato mostrasi più animato: il riposo e il sonno diventano finalmente possibili nella seconda notte che esercita così un forte potere riparatore.

La terza giornata si inizia completamente apirettica e in buone condizioni generali: l'ammalato si alza, ricerca volentieri cibo e bevanda; entra in piena convalescenza.

Questa terza giornata è però caratterizzata da due fenomeni di cui il primo è costante, il secondo frequentissimo se non costante, e cioè: una grande prostrazione di forze e un abbassamento notevole della voce.

La prostrazione di forze è in genere di breve durata: al massimo due giorni; l'abbassamento di voce invece dura più a lungo e permane poi più a lungo lo stimolo insistente e irritante della tosse.

Esami batteriologici. — Ho praticato numerosi esami batteriologici degli escreati e del muco rino-faringeo ed ho costantemente riscontrata la presenza di bacilli morfologicamente identici a quelli dell'influenza: in alcuni preparati essi erano numerosissimi e sparsi dappertutto: dentro il protoplasma cellulare e nel campo del preparato quasi come se si fosse trattato in quest'ultimo caso di cultura pura.

Naturalmente tale reperto, com'è noto, non può avere che il valore di grande probabilità: a completamento infatti del reperto occorrono gli esami culturali; tali esami peraltro, eseguiti col concorso e coll'aiuto di mezzi gentilmente fornitimi dall'Ufficio d'igiene municipale, hanno dato resultati molto incerti.

Diagnosi. — Debbo premettere che in tre soli casi si sono avute complicazioni bronco-polmonari, in due si è verificata come successione morbosa la pleurite essudativa e in uno una nefrite parenchimatosa acuta.

Un solo esito letale verificatosi oggi per bronco-polmonite.

A quale quadro clinico dobbiamo riportare una sintomatologia così costante e pur così diffusa?

L'insieme dei sintomi suddescritti ha richiamato l'attenzione nostra su tre forme cliniche ben conosciute e ben distinte: l'influenza, la febbre dei tre giorni e la comune febbre reumatica. Quest'ultima però sembra da escludere subito e in modo assoluto per ragioni epidemiologiche e cliniche: prima di tutto la febbre reumatica non assume mai il carattere così nettamente epidemico come si è riscontrato nella forma clinica in esame.

In secondo luogo la febbre reumatica presenta caratteristiche cliniche ben diverse da quelle sopradescritte: il brivido iniziale vi è intenso, generale, improvviso ed unico; si ha sempre un vivo risentimento delle amigdale, che nella malattia in esame è completamente mancato; infine nella febbre reumatica, pur avendosi la partecipazione all'infiammazione di tutte le mucose, non mancano mai delle localizzazioni, e queste localizzazioni hanno per caratteristica di colpire l'organo di minor resistenza proprio di ciascun individuo: ne deriva un'estrema varietà di forme cliniche fra individui e individui, avendosi in uno la forma gastrica, in un altro la forma intestinale, in altro la forma faringea, in altro la forma laringo-tracheale, in altro ancora la forma pleurica, e così via.

Nella forma clinica in esame le localizzazioni vere e proprie sono affatto mancate e si sono avute invece, come abbiamo visto, rare complicazioni e più rare ancora successioni morbose.

Ragioni epidemiologiche e cliniche tenderebbero pure a far escludere la febbre dei tre giorni: a quanto finora risulta, essa è legata alla presenza dei pappataci e di essi non si è avuta traccia nell'epidemia testè trascorsa. È noto inoltre che i pappataci difficilmente raggiungono i piani elevati, mentre nell'epidemia in esame non sono stati risparmiati affatto gli individui allogati nei piani superiori della Scuola e nei terzi piani delle abitazioni civili.

Le ragioni cliniche che fanno escludere la febbre dei tre giorni sono: assenza assoluta in tutti del periodo prodromico; la brevità della durata del periodo febbrile; l'assenza di ogni eritema cutaneo; la brevità della convalescenza; la mancanza assoluta di recidive e, in ultimo, la presenza costante di brividi iniziali.

Il quadro clinico dell'influenza a forma lieve sembra invece meglio degli altri attagliarsi all'epidemia in esame per quanto sembri ostarvi la stagione inoltrata in cui l'epidemia stessa è comparsa: devesi tener presente peraltro che lo scoppio dell'epidemia è stato preceduto da una settimana (quella ultima di maggio) di variazioni meteorologiche insolite e strane che hanno portato a un generale, brusco e notevole abbassamento della pressione e della temperatura atmosferiche.

Oltre alla perfetta analogia dei sintomi, è stato constatato, come nell'influenza, il carattere di contagiosità e la diffusibilità estrema della malattia che ha colpito la generalità delle persone senza esclusione di sorta: come nell'influenza, si è constatato un vero e proprio periodo epidemico chiuso in ristretti limiti di tempo: come nell'influenza a forma pandemica, infine, si è verificata la mirabile costanza di un determinato quadro clinico in tutti gli individui delle più diverse età e dei più varî temperamenti.

Le sole obiezioni che possono farsi sono: la rarità delle complicazioni e la brevità della convalescenza; ma, trattandosi di forma lieve e tenuto conto della stagione diventata subito propizia, tali obiezioni perdono molto del loro valore e non sono di tal grado, a mio parere, da far negare il tipo d'influenza all'epidemia in discorso.

Profilassi e cura. — Le misure profilattiche adottate sono state le seguenti:

a) Ridotte le esercitazioni fisiche al minimo possibile per evitare ogni affaticamento;

b) Evitate con ogni riguardo le cause reumatizzanti e i bruschi raffreddamenti;

c) Curata in modo speciale l'igiene delle camerate e delle aule da studio;

d) Larga concessione di riposo agli allievi per ogni più lieve malessere;

e) Abbondante somministrazione di preparati di chinino.

La cura ha consistito in riposo assoluto in letto limitando il ricovero in infermeria o in ospedali agli ammalati più gravi; dieta leggerissima e prevalentemente liquida; larga somministrazione di limonee vegetali e di preparati di chinino con la preferenza per il salicilato, che si è dimostrato particolarmente indicato per facilitare e rendere più rapida la risoluzione dei sintomi. Nei pochissimi casi a temperatura molto elevata si è provveduto all'applicazione della vescica di ghiaccio sul capo e alla somministrazione di ghiaccio per bocca. Nei casi, pure pochissimi, di notevole

depressione cardiaca, si sono usati con buon esito i cardiocinetici e i farmaci ad azione stimolante.

Con oggi le condizioni sanitarie della Scuola sono ritornate completamente normali.

*
* *

Relazione sull'epidemia di influenza verificatasi in questa Scuola nel mese di ottobre 1918. (Modena, 31 ottobre 1918).

Nella primavera decorsa, e precisamente nel periodo intercorso dal 1° al 15 giugno, mentre si svolgeva in questa Scuola il 3° corso speciale, si ebbe una prima epidemia di febbri di breve durata e a tipo relativamente mite: su tale epidemia, cui fu attribuito dal sottoscritto il carattere di vera e propria influenza, fu estesa e presentata al Comando della Scuola una particolareggiata relazione il 16 giugno immediatamente successivo.

Richiamo, per una più precisa intelligenza dei raffronti coll'epidemia del mese in corso (autunnale), le caratteristiche di quella primaverile:

1° Mitezza del decorso;

2° Rarità di complicazioni e di successioni morbose;

3° Una diffusibilità così grande da doversi escludere ogni privilegio di immunità congenita (pandemia).

Quell'epidemia ebbe una durata esatta di 15 giorni, presentando i colpiti della seconda settimana una maggior gravezza di sintomi. Si ebbe allora un solo decesso per complicazione bronco-polmonare.

Un'altra invasione epidemica deve ora registrarsi fra gli allievi del 6° corso facenti attualmente parte di questa Scuola.

Questa seconda epidemia, di cui può dirsi testè chiuso il ciclo, ha presentato le seguenti caratteristiche:

1° Maggior gravezza di sintomi e maggior durata nel decorso;

2° Maggiore frequenza di complicazioni e di successioni morbose;

3° Una minore diffusibilità, per cui poco più della quarta parte degli allievi fu colpita dal male (esattamente il 27 %) essendo caduti ammalati 677 allievi sopra un numero complessivo di 2505 (ivi compresi i 143 allievi czecoslovacchi).

I decessi verificatisi in questo periodo epidemico (l'epidemia vera e propria, preceduta e susseguita da rari casi sporadici, ha avuto una durata esatta di 21 giorni) furono 22, dei quali uno avvenuto per causa estranea all'influenza (emottisi tubercolare); il numero dei morti preciò presenta una proporzione pari al 3,1 % dei colpiti e al 0,83 % totale degli allievi.

Mentre dunque nella primavera decorsa si trattò di una vera e propria pandemia influenzale a forma lieve, si è ora avuta una epidemia a diffusione limitata, ma con più gravi caratteri.

È da notarsi subito come il personale addetto alla Scuola sia stato colpito in modo non uniforme, ma vario secondo le varie categorie che lo compongono: il seguente specchio lo dimostra con una evidenza indubbia:

Personali		Forza al 5 ottobre	Colpiti	Morti
Ufficiali		151	17	—
Allievi italiani . . . . . N.	2362	2505	677	21
Allievi czechi . . . . »	143			
Truppa		482	2.	2
Famigli		81	8	—
Totali generali . . .		3219	721	23

Da questo specchio si deduce che gli allievi hanno costituito la grandissima maggioranza dei colpiti e dei morti; mentre il personale delle altre categorie, che trovavasi quasi tutto presente nella 1ª quindicina del giugno ed aveva in quell'epoca contratta la malattia, ne è ora rimasto quasi completamente immune.

Con indagini fatte personalmente ho potuto constatare anche che gli allievi non colpiti dall'influenza nell'attuale sua invasione ne erano stati per la maggior parte affetti in altri luoghi nella primavera e nella estate decorse.

Aggiungo che nella primavera fu colpito interamente il personale medico e d'assistenza; mentre questo stesso personale è rimasto presentemente illeso.

Questi raffronti e queste constatazioni dimostrano in modo pressochè inconfutabile che l'influenza propriamente detta conferisce una quasi completa immunità a coloro che ne soffersero antecedentemente e che questa immunità ha una durata non inferiore ai quattro mesi.

Le compagnie, costituite con circa 100 allievi ciascuna, hanno dato un contributo vario all'epidemia: le maggiormente colpite sono state le otto allogate alla caserma Cialdini, una delle quali (la 19ª) figura nel quadro con ben 49 colpiti: la meno toccata è stata la 3ª compagnia con soli 6 colpiti.

All'infuori di una maggiore esposizione alle cause reumatizzanti degli allievi alloggiati nella caserma Cialdini, nessun'altra causa apprezzabile sembra giustificare il modo vario con cui le compagnie furono visitate dall'influenza.

Sintomatologia, decorso, complicazioni ed esiti. — La maggior parte dei casi ha avuto for-

tunatamente aspetto benigno, pur presentando in genere una sintomatologia assai più seria di quella riferita dettagliatamente nella relazione del 16 giugno.

La febbre, su cui si impernia il quadro clinico dell'influenza, ha raggiunto elevatezze di molto superiori a quelle del giugno, ed una maggior durata, presentando periodi di stato di lunghezza varia dai 3 ai 5, ai 10, ai 15 giorni e più; si sono constatate lievi remissioni, indifferentemente mattutine o serotine, e la defervescenza (quasi sempre per lisi) si è svolta in generale molto lentamente con frequenti ritorni febbrili ostinati e ribelli ad ogni trattamento terapeutico.

Più accentuate e più profonde le infiammazioni catarrali di tutte le mucose con maggiore tendenza alle localizzazioni, percui si è registrata una maggior tendenza allo stabilirsi di forme varie o tipi, avendosi così un'influenza *a tipo bronchiale, a tipo intestinale*, ecc.

Caratteristica dell'attuale manifestazione epidemica è stata la frequenza, la rapidità e la profondità con cui si è verificata la debilitazione grave delle condizioni generali, così da ripetere in molti casi il quadro delle più gravi intossicazioni; da condizioni perfettamente normali il polso è spesso salito rapidamente in poche ore a 120, a 140 pulsazioni al minuto, perdendo presto il regolare rapporto colla curva termica; profusi sudori alternati tumultuariamente a periodi di forte arsione; spossatezza generale fino a raggiungere in alcuni casi la sensazione e l'aspetto obiettivo dell'ambascia; vomiti, cefalee intense, tremori, agitazioni di vario grado fino al delirio concorrevano spesso a dare al quadro clinico un carattere di indubbia gravità.

Su questo sfondo tossiemico, se non vogliamo dire setticemico, era naturale avessero buon giuoco le complicanze viscerali che infatti aggravarono, purtroppo spesso, il già serio decorso della malattia dando ragione dei numerosi esiti letali lamentati.

Credo opportuno fermarmi qui un momento a distinguere tra le *localizzazioni* della malattia da me sopra ricordate come causa della varietà di forme o tipi clinici (influenza a tipo bronchiale, influenza a tipo intestinale, ecc.) e le complicanze cui ora ho alluso. Le prime sono costituite da processi infiammatorî *attivi* a sede ben definita: rappresentano la naturale reazione all'agente morboso secondo una predisposizione organica che sembra propria e diversa in ciascun individuo; percui, secondo il grado di recettività dei diversi organi nei diversi individui, si manifesta una elettività corrispondente per parte dello stesso agente morboso. Così, ad esempio, si è avuta la forma di influenza a tipo bronchiale negli individui che presentavano anche per lo innanzi una speciale facilità ad ammalarsi di affezioni bronchiali: la forma enterica nei soggetti a facile risentimento intestinale, e così via.

Queste localizzazioni non si erano constatate nella pandemia del giugno, probabilmente a causa della sua estrema mitezza e della brevità nel decorso della malattia.

Le *complicanze* invece sorvengono a malattia già stabilita, si innestano sul quadro *già grave* della malattia stessa e, anzichè reazioni vere e proprie determinate da processi infiammatorî *attivi*, sembrano piuttosto espressione di turbato equilibrio dinamico, percui si formano zone più o meno vaste di minorata capacità vitale o di *cedimento* della resistenza organica; nelle quali zone tutti i rappresentanti della flora batterica comune (segnatamente i piogeni) vengono a trovare facile terreno di impianto e di sviluppo. Gli anatomo-patologi infatti (secondo le più recenti notizie) parlano costantemente di disfacimento dei tessuti viscerali senza speciale predilezione di sede, e i batteriologi hanno rivelato la presenza nei tessuti disfatti di una flora batterica mista con assoluta prevalenza dei comuni piogeni.

È vero che nel campo clinico si parla quasi esclusivamente di complicanze bronco-polmonari o di infezioni generalizzate (setticemie); ma ciò dipende dal fatto che, mentre i fenomeni bronco-polmonari sono facilmente rilevabili coi comuni metodi fisici di esame, le lesioni distruttive degli altri visceri non ci si rivelano con ugual facilità di precisazione; percui siamo indotti più volentieri ad attribuire in questi casi la gravezza dello stato generale ad una causa generica solo perchè ci sfuggono le sue precise manifestazioni locali.

La distinzione pertanto sembrami non aver più la ragion d'essere: le risultanze anatomopatologiche ed i reperti batteriologici debbono servire ad unificare il concetto e a prestare alla Clinica una interpretazione uniforme conglobando nell'unico tipo *tossiemico* tanto le forme gravi generalizzate, quanto quelle in cui è rilevabile una particolare alterazione del parenchima polmonare.

E che alla debilitazione generale prodotta dalla malattia debba farsi risalire l'insorgere di queste complicanze è dimostrato, a mio parere, dal fatto che le stesse complicanze sotto le medesime forme abbiamo veduto insorgere nei gravi stati di *shock* traumatico cui la presente guerra ha dato tante occasioni di osservare nelle primissime linee.

Oltre queste speciali considerazioni, nulla ho da aggiungere a quanto esposi nella relazione del 16 giugno u. s.

Provvedimenti adottati per la profilassi e per la cura. — Oltre ai provvedimenti adottati nel giugno ed elencati nella relazione del 16 dello stesso mese, oltre alla rigorosa osservanza delle norme emanate in proposito dalle superiori Autorità, si sono adottati nella Scuola i seguenti provvedimenti:

1° Assicurato il pronto isolamento dei colpiti da influenza coll'istituzione di tre infermerie provvisorie in aggiunta a quella speciale già esistente nella Scuola, in modo che così si è potuto disporre di 350 posti-letto completamente separati dai locali di uso comune della Scuola;

2° Disciplinato il pronto smistamento dei colpiti col criterio di lasciare i leggeri presso le infermerie provvisorie, ricoverando i gravi nella infermeria speciale e trasportando i gravissimi negli ospedali locali;

3° Istituzione di una compagnia speciale allogata in locale apposito esterno alla Scuola e destinata alla temporanea assunzione in forza dei convalescenti di influenza usciti dai luoghi di cura. Per questa compagnia speciale il Comando della Scuola istituì un apposito orario di quasi completo riposo e stabilì un'adatta vittitazione corroborante (permanenza dei convalescenti nella compagnia speciale da tre a cinque giorni e più);

4° Intensificato il turno dei bagni in modo che ogni allievo o soldato potè fruire di un bagno alla settimana: curata l'igiene personale e provveduto pel lavaggio delle mani prima di ogni pasto;

5° Istituzione di una speciale squadra di disinfezione composta di dieci uomini e guidata da un esperto sottufficiale di sanità, avente per compito di percorrere giornalmente tutti i locali della Scuola assicurandone la perfetta pulizia e la eventuale disinfezione;

6° Fatto ogni sforzo per assicurare agli ammalati la necessaria assistenza; giacchè, in mancanza di ritrovati specifici, il problema della cura degli influenzati si riduce al problema dell'assistenza ben diretta e ben condotta.

Con tali misure rigorosamente osservate si è potuto ridurre al minimo possibile il numero dei colpiti e quello più doloroso dei decessi.

Dico « al minimo possibile », perchè infatti la natura della malattia è tale che non si hanno contro di essa mezzi atti a tagliare completamente le strade alla sua diffusibilità.

Credo di dover dire una parola anche su questo, giacchè da tutto quanto è stato detto e stampato a questo proposito non possono risultar chiare ai profani le ragioni vere della nostra impotenza; cosicchè han potuto sorgere e prender piede voci sinistre, e si è lasciato veramente credere che la Scienza medica brancolasse nel buio su questo argomento.

Quantunque sia tuttora in questione la natura precisa dell'agente specifico dell'influenza, è però certo, se non altro per l'analogia con le altre malattie infettive, ch'esso è costituito da un germe patogeno che si trasmette dal malato al sano, ed è anche certo, per ragioni epidemiologiche ch'io non starò qui ad enumerare, che il veicolo di trasmissione è l'aria o, per meglio dire, il pulviscolo atmosferico in cui vengono riversati i germi emessi dal malato colla tosse e cogli escreati.

Ora è chiaro che noi non possiamo sterilizzar l'aria come facciamo dell'acqua, degli abiti, degli oggetti letterecci, delle pareti, dei pavimenti, ecc. L'unico mezzo protettivo può essere la filtrazione, ed è per questo che si sono costruite e messe in uso adatte maschere; ma anche queste non sono una protezione di assoluta garanzia, giacchè, per ovvie ragioni, vien pur l'ora durante il giorno in cui dobbiam togliere la maschera per soddisfare altri bisogni proprî della nostra natura.

Fortunatamente la maggior parte delle malattie infettive si trasmette per altri veicoli che non l'aria, ed è perciò che verso di esse (come il colera, il tifo, il vaiuolo, la peste, la malaria, ecc.) la lotta ingaggiata dall'uomo coi mezzi che la scienza gli ha fornito in questi ultimi decenni, ha avuto l'ottimo esito che tutti conoscono.

Per le malattie infettive invece che si trasmettono per mezzo dell'aria la nostra impotenza è manifesta: basti citare l'esempio della tubercolosi, i cui germi appunto si riversano nel pulviscolo atmosferico colla tosse e cogli escreati degli infermi, precisamente come avviene per l'influenza, per passar poi coll'inspirazione negli organismi sani; ebbene, per quanto la scienza si sia tanto vivamente interessata da tempo per combattere la diffusione di questa malattia, i suoi sforzi sono stati costantemente vani e nessuna barriera si è riusciti ad opporre alla trasmissione della malattia medesima.

Come dunque si è tuttora impotenti a limitare la diffusione della tubercolosi, nello stesso modo e per le stesse ragioni non è stato potuto arrestare il fatale decorso dell'influenza tutte le volte che se ne è aperto il ciclo pandemico: dalle reggie ai tuguri, questa malattia, eminentemente egalitaria, non ha risparmiato nessuno e sembra, per i ritorni periodici che sono a nostra conoscenza, che ogni generazione debba fatalmente pagare il suo tributo a questa singolare affezione.

COMMENTI.

Inefficacia della profilassi chininica nell'influenza.

Che esistano ancora discordanze di pareri circa l'uso profilattico della chinina nell'influenza, si potrebbe anche ammettere, poichè nella farmacoterapia e nella farmacoprofilassi i casi di pareri discordi non sono troppo rari: ma che per sostenere l'efficacia del chinino nell'influenza si debba arrivare fino ad affermare che i malarici, in virtù della cura chinino-arsenicale da loro praticata, sono stati risparmiati dal morbo durante la recente epidemia (Garbin - « Profilassi medicamentosa ». *Policlinico*, numero XXVI, del 5 gennaio 1919), mi pare costituisca tale un eccesso di generalizzazione terapeutica, da non doversi lasciar passare senza rilievo.

Nella Sezione specializzata per malarici dell'Ospedale Militare di Riserva di Lanciano, sopra un totale di 118 ricoverati, dai primi di ottobre alla fine di novembre 1918, 115 rimasero colpiti da influenza: 50 con conseguenti complicanze bronco-pulmonari, dei quali 42 seguiti da morte, con una mortalità complessiva del 36.52 %.

Ma ancora un'altra constatazione: mentre tutti gli altri reparti dell'Istituto sono stati quasi del tutto risparmiati dall'epidemia, probabilmente in virtù delle energiche misure profilattiche adottate, con una percentuale di casi bassissima e con un solo decesso, solamente *tre* malarici vennero risparmiati dal morbo, e dei colpiti da bronco-pulmonite soli 8 sfuggirono alla morte, mentre 42 ne decedettero. Eppure le misure profilattiche adottate furono improntate ai medesimi criteri per tutte le Sezioni componenti l'Ospedale.

Fra i decessi parecchi soccombettero con forme cliniche così dette « fulminanti », cioè dopo due, tre ed anche un giorno dall'insorgere dei primi fenomeni bronco-pulmonali. Cinque manifestarono imponenti fenomeni meningei con delirio ed intensa agitazione; due tentarono finanche di suicidarsi; uno nel parossismo del delirio cercò di appiccare fuoco al proprio letto.

Mi pare superfluo fare rilevare che *tutti* i ricoverati nella Sezione sono stati sempre costantemente sottoposti ad intensiva e metodica cura chinino-arsenicale sia per via gastrica che per via ipodermica.

Da quanto sopra mi pare logico poter addivenire ad una duplice conclusione:

1° che il valore profilattico-curativo del chinino nell'influenza si è addimostrato nella recente epidemia del tutto negativo;

2° che i malarici in genere hanno addimostrato una grande ricettività per la malattia.

Dott. NICOLA COLALÈ
Tenente Medico.

La nostra personale esperienza clinica concorda con le conclusioni dell'A. circa la gravità dell'influenza nei malarici.

Questi rilievi non distruggono però del tutto il valore di osservazioni numerose dirette a provare che la chinina abbia giovato ad evitare od almeno ad attenuare l'influenza in soggetti esenti da malaria. *Nota della Redaz.*

SUNTI E RASSEGNE.

PEDIATRIA.

Diagnosi differenziale fra scarlattina, morbillo e rosolia.

Per tali diagnosi occorre un esame metodico, fatto in piena luce, che non trascuri la bocca, la gola e la pelle, e la temperatura (S. S. Warrack - *British med. Journal*, 2 nov. 1918). Le macchie di Köplik si ricercano girando verso la luce, per mezzo del dito indice, la mucosa opposta ai molari inferiori. È interessante altresì una accurata anamnesi prossima.

MODO DI INIZIO. — *Scarlattina.* — Mal di gola, brividi, talora vomiti; eruzione entro 48 ore; il pallore circumorale è indefinito negli adulti.

Morbillo. — Cefalea, malessere, coriza nel primo giorno; macchie di Köplik il secondo, che rimangono fino al quinto; sono visibili due giorni prima e due giorni dopo lo stabilirsi dell'eruzione.

Rosolia. — Poco o punto malessere, cefalea, febbre modica, leggero dolor di gola; l'eruzione compare dal secondo al terzo giorno, talora essa è il primo sintomo.

DISTRIBUZIONE DELL'ERUZIONE. — *Scarlattina.* — Di solito evita la faccia: compare dapprima al collo, diffondendosi poi in basso; segue lo stesso ordine nello scomparire, sicchè al dorso dei piedi è tuttora visibile, quando è scomparsa altrove. L'eruzione è specialmente importante quando è forte: alla parte flessoria delle articolazioni è più pronunciata, talvolta emorragica.

Morbillo. — L'eruzione incomincia alla fronte, in forma di scoloramento livido, come sollevato, e si diffonde poi in basso. Dopo venti-

quattro ore arriva alle gambe ed incomincia a scomparire alla faccia quando è tuttora viva sui piedi. Quando è completa, prende tutto il corpo. Scompare come è venuta, dall'alto al basso.

Rosolia. — L'eruzione può essere veduta dapprima alla faccia, ma è evanescente; anche in questo caso la diffusione si verifica dall'alto al basso; va ricercata soprattutto al dorso dei piedi.

CARATTERI DELL'ERUZIONE. — *Scarlattina.* — È fatta da tanti fini punti rossi sul fondo di un eritema. Può essere discreta o confluente; in quest'ultimo caso vi è un colore generale rosso e la pelle può essere tumefatta; le parti flessorie possono inoltre mostrare una colorazione emorragica, che non è necessariamente di apparenza petecchiale. Ciò non si osserva mai nella rosolia. L'eruzione dura più a lungo impiegando parecchi giorni ad impallidire.

Morbillo. — Si osserva un'eruzione di piccole papule rosse, che si sentono prominenti sotto il dito esploratore. Attorno alla papula si osserva una macchia livida, scura, che circonda anche le papule confluenti e si nota anche se le papule sono petecchiali. L'eruzione è dapprima discreta, poi cresce rapidamente fino a diventare generale.

Rosolia. — Vi sono due tipi di eruzione, l'uno scarlattiniforme, l'altro strettamente punteggiato con macule. Il primo va distinto dalla scarlattina vera per il carattere evanescente, per il colore (non rosso, ma piuttosto roseo, composto di fini puntini strettamente uniti) e la coesistenza di eruzione puntuta e maculare. L'eruzione si osserva di solito sul tronco; sui piedi è puntuta e maculare. Generalmente è discreta, ma talvolta si fa petecchiale. In tutti i casi è evanescente ed incomincia ad impallidire dopo le 24 ore. Essa non è più in corrispondenza delle articolazioni. La diagnosi può essere molto difficile, quando tali sintomi sono associati ad ingrossamenti ghiandolari e ad arrossamento degli occhi.

PRIMI SINTOMI. — Il mal di gola è il sintomo più evidente nella scarlattina, come lo è la coriza nel morbillo ed una lieve cefalea associata con lacrimazione nella rosolia. Il vomito non è raro nella scarlattina e nel morbillo, il brivido nella scarlattina; nella rosolia invece il primo sintomo che si nota è l'eruzione.

INGROSSAMENTI GHIANDOLARI. — Sono comuni (retroauricolari) nella scarlattina concomitanti a mal di gola; nel morbillo si notano quando vi è una infiammazione catarrale della gola e l'eruzione sulle mucose. Nella rosolia le ghiandole sottooccipitali sono talvolta sensibili alla pressione, e sempre facilmente palpabili, ma non ingrossate, mentre invece lo sono le cervicali posteriori. Talvolta sono ingrossate anche altre ghiandole, talaltra invece nessuna, sicchè l'assenza di ingrossamento ghiandolare non fa escludere la diagnosi di rosolia, mentre il reperto positivo può confermarla.

STATO DELLA GOLA. — *Scarlattina.* — Rossoscura, con punti piccolissimi rossi; talvolta sostanza purulenta sulle fauci, proveniente dal naso-faringe. In caso di sospetto, si faccia l'esame batteriologico.

Morbillo. — La gola è livida, catarrale, tumefatta; occorre ricercarvi le macchie di Köplik, che spiccano sul fondo a chiazze rosse. L'A. le ha trovate sempre e le ha vedute estese alla mucosa delle guancie e del palato. Compaiono due giorni prima dell'eruzione e durano quattro giorni.

Rosolia. — L'unica cosa che si nota è il colore rosa-rossiccio del palato molle; le fauci sono un pò iperemiche, senza macchie di Köplik.

LINGUA. — *Scarlattina.* — Viene descritta la lingua a lampone, in cui le papille sporgono a traverso la patina linguale; se questa non vi è, la lingua è di un bel rosso e scabra, ma poi diventa affatto liscia. Vi sono però casi in cui tale segno è assente.

Morbillo. — La lingua è livida ed impatinata; non mai rossa, come nella scarlattina. Sì nell'una che nell'altra malattia, quando vi è febbre alta, la lingua è secca e screpolata.

Rosolia. — Può essere impatinata.

OCCHI. — Non si nota infiammazione catarrale nella scarlattina, nel morbillo sono invece iperemici, e segregano molto catarro. Nella rosolia sono leggermente catarrali e rosei.

DESQUAMAZIONE. — Non si verifica di solito nel morbillo (o solo in forma di crusca), e così nella rosolia; nella scarlattina invece è il sintomo finale.

TEMPERATURA. — Nel morbillo e scarlattina è alta e rimane tale, sebbene nei casi lievi di quest'ultima vi possa essere poca elevazione di temperatura. Nella rosolia può essere leggera o aversi anche temperatura normale.

La DIAGNOSI può essere fatta prima dell'eruzione, p. es., per il morbillo (febbre, coriza, macchie di Köplik), non sempre per la scarlattina (febbre, mal di gola) o la rosolia (febbre leggera, coriza, malessere, dolore alla schiena). Il differenziamento di queste eruzio-

ni da quelle non infettive non è difficile. La pelle sudicia, sudata, l'associazione di brividi, può richiamare in certo modo l'esantema, senza però che di questo abbia la distribuzione; le lesioni comuni della pelle hanno poi la loro apparenza caratteristica.

D'altra parte vi sono malattie in cui si osservano delle eruzioni scarlattiniformi (influenza, piressie di origine ignota) che tendono a comparire con il ripetersi degli inalzamenti di temperatura. La difterite può poi complicare la scarlattina ed il morbillo; in tal caso occorre prelevare il materiale dalle fauci per l'esame batteriologico e praticare subito l'iniezione di siero. FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Tecnica e indicazioni dell'anestesia eterea per via rettale.

(R. MONOD. *La Presse Médic.*, 9 dicembre 1918).

Su questo metodo di anestesia, che finora ha dato risultati eccellenti, in questi ultimi tempi si va sempre più attivando l'attenzione dei chirurgi. Eccone la tecnica:

Il giorno prima dell'operazione si dà un clistere evacuante semplice, come per l'anestesia abituale.

Trenta minuti prima dell'anestesia, s'inietta sotto cute un centigrammo di cloridrato di morfina o di pantopon.

Venti minuti prima dell'intervento si somministra sotto forma di un clistere la miscela etero-oleosa seguente:

Etere . . . . cmc. 120
Olio . . . . » 50.

La dose di etere varia fra 100 e 150 cmc. senza sorpassare mai quest'ultima che s'è mostrata sufficiente per anestesie della durata di 45-60 minuti. Si adopera olio di oliva fresco. La miscela etero-oleosa va fatta al momento del suo impiego. Ci si serve di una bottiglia ermeticamente chiusa, in cui la miscela si agita a più riprese per ottenere una buona emulsione.

Per diminuire la pressione addominale si fa urinare il paziente prima di fare il clistere.

Un *bock* da enteroclisma graduato, un tubo di *caoutchouc*, una sonda rettale con estremo ad orifici multipli e larghi, costituiscono il semplice strumentario.

L'anestesia può farsi nel letto come per un clistere ordinario: ciò costituisce un grande vantaggio per i nervosi, i pusillanimi che possono essere addormentati a loro insaputa. Si lubrifica bene la sonda, che s'introduce il più alto possibile nel retto a paziente in posizione di Sims. Il *bock* viene tenuto a 50 cm.-1 metro di altezza: il liquido deve scendere lentamente per evitare una forte distensione addominale (5-6 minuti almeno per il passaggio di 150 cmc.).

Alla fine, la sonda rettale si ritira o si lascia in posto e si chiude con una pinza.

S'invita il paziente ad opporsi ad ogni bisogno di espulsione; gli si otturano le orecchie; gli si bendano gli occhi; si fa silenzio assoluto. 20-25 minuti in media sono allora necessarî per ottenere il sonno, che si stabilisce progressivamente, nella calma più assoluta, senza irritazione bronchiale nè muscolare, preceduto da leggera ebbrezza. Il sonno non è eccessivamente profondo; la risoluzione muscolare è completa; la sensibilità è progressivamente soppressa; il riflesso palpebrale raramente completamente abolito; la pupilla ristretta; la respirazione calma e regolare; il polso normale; la pressione arteriosa immodificata. Nessun accidente durante l'anestesia, mai minaccia di sincope o di asfissia. Conseguenze sempre eccellenti. Risveglio tranquillo, non seguìto da vomito, nè da stato saburrale. L'alimentazione può cominciarsi immediatamente. Finora mai complicazioni bronco-polmonari; mai segni d'irritazione rettale, tranne tre o quattro scariche diarroiche all'inizio. Si può, dopo l'atto operativo, praticare un lavaggio del retto con acqua, o limitarsi ad evacuare l'eccesso d'etere non assorbito.

Gli operati conservano un eccellente ricordo della loro anestesia.

Le principali indicazioni di questo metodo sono:

1° Tutte le volte che si deve temere l'irritazione anestesica della mucosa respiratoria:

A. Interventi in malati della pleura e del polmone (nei casi di pleurite, d'ascesso del polmone, di tubercolosi polmonare);

B. Interventi nei feriti del torace;

C. Interventi nei soggetti vecchi o congestivi.

2° Tutte le volte che l'anestesia per inalazione è molesta:

a) sia per l'operatore: chirurgia della faccia e del collo;

b) sia per l'anestetizzatore: interventi sul rachide o il dorso richiedenti la posizione ventrale.

3° Quando si ha da fare con soggetti nervosi o pusillanimi, che possono così essere addormentati ed operati a loro insaputa.

Un ultimo vantaggio di questo metodo è che si può fare a meno del narcotizzatore.

Riepilogando: con l'allontanare l'anastesico dalla via di assorbimento respiratoria ed esofago-gastrica, ci si mette al riparo dei gravi

riflessi cardio-polmonari, delle congestioni polmonari, e dello stato saburrale post-anestesico. Quanto agli accidenti segnalati a carico della mucosa rettale (rectite, necrosi, ecc.), ciò dipende dall'uso di una dose troppo forte di etere.

L'A. si è trovato talmente bene di questo metodo di anestesia, che pensa di sostituirlo completamente all'anestesia per inalazione per qualsiasi atto operativo.

B. MASCI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

SEZIONE SPECIALE PER MALARICI.

Di alcune successioni morbose da malaria

per il dott. PIETRO TIMPANO.

Molti e differenti, per qualità ed intensità, sono i danni funzionali ed organici che la malaria è capace di produrre nel nostro organismo, sia per la specie dei parassiti che penetrano nel sangue, sia per il numero in cui si ritrovano, sia per la loro varia localizzazione, sia per le particolari disposizioni dell'individuo che li ospita.

È merito precipuo di V. Ascoli di avere, in questi ultimi tempi, richiamato l'attenzione degli studiosi sul complesso problema della malaria, allo scopo di far comprendere la necessità di non riguardare più l'infezione con criteri unilaterali, ma nell'insieme dei suoi aspetti: parassitologico, clinico, epidemiologico e sociale, onde meglio conoscere e valutare le manifestazioni generali, le diverse localizzazioni, le complicanze e le successioni morbose.

Durante la guerra l'epidemia malarica ha presentato qua e là delle forti recrudescenze, dovute ora alle provienienze dell'Oriente, ora al movimento di moltissimi malarici recidivi richiamati alle armi, ora alle dislocazioni di truppe in zone malariche per necessità militari, ora alle inevitabili interruzioni della profilassi chininica. Perciò il Ministero dell'Interno, d'accordo con quelli della Guerra e della Marina, provvide, nell'interesse delle popolazioni civili e dell'Esercito, ad intensificare la lotta contro il secolare flagello. La Direzione di Sanità ha subito istituito delle *Sezioni speciali per la cura dei malarici e per la profilassi*, che, mentre rappresentano un prezioso contributo alla lotta antimalarica, permettono ai medici incaricati di apprezzare l'importanza degli attuali sistemi di cura e di profilassi e di approfondire lo studio dei diversi quadri morbosi.

***

Nella Sezione per malarici dell'Ospedale Militare di Riserva di Reggio di Calabria ho potuto osservare, durante il 1918, 3 casi di malaria, che hanno un particolare interesse per le manifestazioni a carico del *fegato*, dell'*apparato visivo* e del *sistema nervoso*.

I. — CIRROSI EPATICA IN SOGGETTO MALARICO.

F... M..., di anni... Nessuna malattia degna di nota nell'anamnesi familiare. L'infermo non è mai stato bevitore nè fumatore. Non ebbe a soffrire malattie veneree o sifilitiche. Nel 1900 contrasse la malaria a Catanzaro Marina e ne guarì dopo intense cure chininiche e ricostituenti, protratte per due mesi. Nel 1915 ebbe una nuova infezione (terzana subentrante), ed in seguito, non ostante le cure opportune, le febbri recidivarono ad intervalli più o meno lunghi, seguendo un decorso irregolare.

Dal febbraio del 1917 in poi l'infermo soffrì di disturbi a carico dell'apparato digerente: lingua impatinata, pesantezza allo stomaco, leggeri dolori intestinali dopo i pasti, stitichezza alternata a diarrea. Tali disturbi, che accompagnavano quasi sempre gli accessi febbrili, contribuirono a rendere le condizioni generali dell'infermo assai scadenti. Il 2 giugno del 1917 ebbi occasione di esaminarlo due volte: presentava colorito pallido, pannicolo adiposo scarso, organi toracici senza lesioni fisicamente apprezzabili, milza aumentata di volume, palpabile in prossimità dell'ombelico, piuttosto dura, non dolente. Fegato debordante un dito dall'arco costale, liscio, di consistenza duro-elastica, indolente. Nè itterizia, nè alcun segno di liquido libero nell'addome. L'esame del sangue fece rilevare *scarse forme semilunari*: quello delle urine: assenza di albumina e di zucchero, acido urico 0.40 ‰, discreta fosfaturia.

Nel mese di agosto del 1918, in seguito ai disagi sopportati per andare e ritornare da Roma, si ripeterono gli accessi febbrili a tipo quotidiano, accompagnati da debolezza, senso di peso allo stomaco e stitichezza. Dopo 15 giorni di cure chininiche e arsenicali la temperatura divenne subfebbrile, ma aumentò la debolezza e l'infermo cominciò ad avvertire leggero affanno. Mai si lamentò di dolori nella regione splenica ed epatica. All'esame obbiettivo, praticato l'*otto ottobre*, si rilevava: nutrizione generale notevolmente scaduta, colorito bronzino, respiro aspro all'emitorace sinistro, impulso cardiaco abbastanza forte, 2° tono sulla polmonare rinforzato; milza ingrossata, debordante circa 4 dita dall'arcata costale, liscia, dura, non dolente; fegato non palpabile nemmeno nelle profonde inspirazioni; ottusità mobile ai lati dell'addome, dove la puntura esplorativa dimostrò la presenza di liquido ascitico; reticolo venoso poco evidente; sistema linfatico normale. Urine scarse, traccie di albumina, assenza di cilindri, presenza di urobulina. Sangue: preparati colorati al *Giemsa* e al *Romanowski*: assenza di parassiti malarici, leucociti melaniferi, oligocitemia, oligocromenia, aumento dei grandi mononucleati, poichilocitosi. — Le urine, dopo la somministrazione di teobromina e

digitale, aumentarono, ma il liquido ascitico lentamente progredì fino a rendere necessaria l'estrazione. Il 15 dicembre, dopo un periodo di rapido dimagramento, di disturbi notevoli á carico dell'intestino, del sitema nervoso e del cuore, cessò di vivere.

* * *

È noto che il fegato nella malaria va spesso incontro ad alterazioni più o meno gravi ed estese. Nel caso sopra descritto, l'alterazione epatica è evidentemente di natura cirrotica. Si tratta di cirrosi volgare in soggetto malarico? o di cirrosi di origine malarica? ovvero di atrofia epatica capsulare con piletrombosi? Mancando la prova istopatologica, bisogna fermarsi brevemente a considerare l'ipotesi clinica. Nel gentilizio del M... non si hanno precedenti morbosi degni di nota. Dall'anamnesi personale risulta che l'infermo non è stato mai bevitore o fumatore e che non ha contratto la sifilide. Si sa, invece, che fin dal febbraio del 1917 cominciò a soffrire di disturbi gastro-intestinali (pesantezza allo stomaco, digestione laboriosa, stitichezza alternata a diarrea, fermentazioni anormali) in dipendenza e in concomitanza di febbri recidive. Nel giugno dello stesso anno il fegato era già aumentato di volume (periodo dell'ipertrofia) e dopo circa 4 mesi, durante i quali i disturbi gastro-intestinali erano diventati più frequenti, il fegato aveva già subito un processo di atrofia (periodo dell'atrofia e dell'ascite).

Due fatti, dunque, meritano di essere rilevati nella storia di M...: la malaria e i disturbi gastro-intestinali. La cirrosi epatica segue talora ai frequenti disturbi dello stomaco e dell'intestino, forse per il riassorbimento di sostanze tossiche, che lentamente provocano alterazioni del connettivo interlobulare del fegato. Ma non tutti gli autori sono d'accordo nel considerare la malaria come causa diretta della cirrosi epatica. Indubbiamente nelle zone malariche si notano molti casi di cirrosi del fegato. La Scuola Medica napoletana ammette sicuramente che la malaria può determinare tale cirrosi. Il Franco anzi crede che la malaria è causa più frequente della cirrosi epatica che l'alcoolismo. Il Bossowsky e il Corcysky affermano che il 27 % dei casi da essi studiati nell'Ospedale di Cracóvia sono in dipendenza della malaria. Il professor Ascoli, della Clinica medica di Roma, in base a molte ed accurate ricerche anamnestiche ed anatomo-istologiche, pervenne alla conclusione che le cirrosi volgari che si vorrebbero considerare di origine malarica, sono, invece, o atrofie epatiche capsulari con o senza piletrombosi, o atrofie marantiche del fegato, o cirrosi volgari in dipendenza di altre cause cirrogene (alcoolismo, autointossicazioni croniche, malattie infettive, ecc.). Poichè nel caso da me riferito manca il controllo anatomo-patologico, non è possibile, come ho detto sopra, stabilire con certezza la natura intima del processo morboso e metterla in rapporto con l'infezione malarica. Dal decorso clinico, però, si è autorizzati a concludere che trattasi di cirrosi volgare. Ora, ricordando che in altri casi da me osservati l'alcool o le autointossicazioni da malattie del ricambio (gotta) o la sifilide o l'arteriosclerosi, e, sopra tutto, i disturbi gastro-intestinali in dipendenza di una delle suddette malattie e *specialmente della malaria*, potevano essere sicuramente indicati come fattori etiologici, sono indotto a ritenere che anche nel caso sopra descritto i disturbi a carico dello stomaco e dell'intestino, provocati dall'infezione palustre, abbiano lentamente esercitato un'influenza dannosa sul connettivo del fegato per la continua immissione in circolo di sostanze tossiche, e che la malaria abbia agito come causa predisponente.

II. — AMAUROSI DA MALARIA.

F... S..., di anni 44, del ... B. M. T. — Anamnesi familiare negativa; non ha contratto *lues;* non è bevitore, è discreto fumatore Parecchi anni fa soffrì di bronchite diffusa. Non ebbe alcuna malattia a carico dell'apparato visivo. Ai primi di settembre del 1918 fu colpito da febbri malariche a tipo quotidiano per la durata di 15 giorni. Il 1° ottobre fu colto da un nuovo accesso febbrile, il 2 entrò all'Ospedale. Obbiettivamente presenta: costituzione scheletrica e muscolare discreta, pannicolo adiposo scarso, colorito pallido, sistema glandolare normale, organi toracici sani, fegato palpabile nelle profonde inspirazioni, liscio, non dolente; milza notevolmente tumefatta e dolente, temperatura 40°.1. Il giorno successivo viene praticato l'esame del sangue e si rinvengono *parassiti anulari della terzana maligna.* Viene curato con 2 gr. di chinina *pro die* per via ipodermica. Dopo 4 giorni cade la febbre. Si continua la cura chininica *per os* (gr. 1.50-1 *pro die*). Il giorno 13 insorge la febbre a 39°.5; il 14 la temperatura cade a 37°.5; il 15 sale di nuovo a 39°. L'infermo si lagna di cefalea frontale e di lagrimazione abbondante all'occhio sinistro, dal quale non vede bene. Obbiettivamente non si constata alcun fatto degno di nota, all'infuori della lagrimazione. Il 16 incalza la febbre e continua la cefalea e la lagrimazione. Il 17 si riprendono le iniezioni di chinino (2 gr. al giorno) e a sera la temperatura cade a 36°.8. Scompare la lagrimazione, la cefalea è molto attenuata, e da parte dell'occhio sinistro rimane solo la percezione della luce. Il 18 la temperatura si mantiene a 36°.4 al mattino, a 36°.7 la sera. Scompare del tutto la cefalea e restano invariate le condizioni dell'occhio. Il 19 il prof. G. Laganà pratica l'esame oftalmoscopico coi seguenti risultati: O. D. normale. O. S.: niente d'importante a carico delle

palpebre, della congiuntiva, della cornea, della pupilla. La pressione sul foro sopraorbitale provoca lieve dolore. Presente, ma alquanto debole, la reazione pupillare alla luce. La papilla appare iperemica ed intorno a questa notansi piccole chiazze emorragiche. L' infermo percepisce bene la luce, ma non è capace di distinguere gli oggetti nemmeno a brevissima distanza.

Avendo ragione di credere che si tratti di amaurosi da malaria, si continua la cura chininica per via ipodermica, associandola a cure arsenico-ferruginose. Dopo 25 giorni l'infermo gradatamente riacquista la completa visione.

Si sa che la malaria provoca spessissimo disturbi a carico del sistema nervoso, sia centrale, sia periferico. Fra le successioni morbose riguardanti l'apparato visivo, le più importanti sono: la nevrite ottica, l'ambliopia, l'amaurosi. Nel caso sopra descritto trattasi evidentemente di *amaurosi di origine malarica*. Difatti l'inizio non improvviso, la manifestazione unilaterale, la reazione pupillare alla luce, l'iperemia della papilla ottica, il decorso breve, la ricuperata visione con la continua somministrazione di chinino, permettono di differenziare con sicurezza l'amaurosi accennata da quella dovuta al chinino. Riguardo alla patogenesi dell'amaurosi da malaria tutti gli autori sono d'accordo nel ritenere che tale successione morbosa sia legata alle alterazioni circolatorie del tessuto nervoso per l'intervento più o meno abbondante di elementi parassitiferi e melaniferi.

III. — EMIPLEGIA DA MALARIA.

Casi di emiplegia da malaria furono osservati parecchi. Tuttavia può avere qualche interesse particolare quello che descriverò ora, perchè il quadro morboso ricorda l'*emiplegia crociata* dovuta ad affezioni del ponte del Varolio.

L... P..., di anni 33, del ... fant. — Nulla di notevole nel gentilizio e nell'anamnesi personale remota. Nell'ottobre del 1917 fu colpito a Villa Vicentina da febbri malariche a tipo quotidiano. Le febbri recidivarono più volte. Il 2 maggio del 1918, durante un forte accesso (41°.2), perdette improvvisamente la coscienza. Dopo circa due ore lo stato psichico dell'infermo cominciò a migliorare, la congiuntiva dell'occhio destro apparve iperemica, l'angolo sinistro della bocca era stirato in alto, mentre la piega nasolabiale destra era scomparsa. L'esame del sangue dimostrò la presenza di *forme semilunari* e di *parassiti della terzana benigna*. Furono praticate iniezioni endovenose di chinino per 2 giorni consecutivi, dopo di che la temperatura scese a 37°.8. In seguito fu somministrato il chinino per via ipodermica alla dose di gr. 2 *pro die* per altri 5 giorni. Riesaminato l'infermo, si potè rilevare: organi toracici sani; addome avvallato; fegato appena palpabile; milza debordante tre dita dall'arco costale, dura e dolente; riflessi congiuntivali e corniali normali; lieve lacrimazione; presente il riflesso faringeo; il riflesso rotuleo di sinistra più vivace di quello di destra; debolissimo il riflesso plantare di sinistra. Sensibilità specifica senza alterazioni apprezzabili; quella generale diminuita nella metà sinistra del corpo. I vari movimenti dei globuli oculari indicano che non esiste paralisi a carico dei muscoli corrispondenti. Il riflesso pupillare alla luce e all'accomodazione è normale da ambo i lati. Esiste, invece, paresi del facciale destro. Infatti la metà corrispondente del viso è liscia e i movimenti mimici sono ostacolati; la piega nasolabiale appiattita; l'angolo della bocca alquanto ribassato; la palpebra superiore un po' più sollevata dell'altra per l'azione predominante del muscolo elevatore innervato dall'oculomotore; la rima palpebrale meno stretta. Dal lato opposto l'angolo della bocca si vede stirato in alto. L'articolazione della parola è alquanto inceppata. I movimenti attivi del braccio e della gamba sinistra sono molto limitati. Quando l'infermo cammina, trascina la gamba sinistra con un breve movimento di circumduzione. Diminuita è pure la forza muscolare in tutti e due gli arti.

Il 30 maggio ed il 4 giugno l'infermo fu colpito da febbre leggera. Fu continuata la somministrazione del chinino *per os*, associata a liquore arsenicale. Fu riesaminato il sangue il 13 luglio, ma non furono osservati parassiti della malaria. Lo stato generale migliorò notevolmente, i disturbi sensitivi e motori si attenuarono fino a scomparire del tutto.

Il quadro morboso ora descritto ricorda, come ho detto, l'emiplegia crociata dovuta a lesioni organiche del ponte del Varolio. La forma di emiplegia crociata che si osserva più spesso nelle lesioni del ponte è rappresentata dalla paralisi del facciale dal lato della lesione e dalla paralisi del braccio e della gamba dall'altro lato. La paralisi del facciale, nel caso in esame, comprende anche il ramo frontale, e quindi riveste i caratteri della paralisi facciale di origine periferica, ciò che si verifica appunto nelle emiplegie crociate da affezioni del ponte, mentre nelle affezioni degli altri focolai cerebrali la paralisi del facciale risparmia il ramo frontale.

Quale può essere stata la causa dell'emiplegia? Anche qui si devono invocare le alterazioni transitorie del circolo sanguigno in seguito a probabile trombosi parassitaria. La natura di queste alterazioni di circolo è stata già dimostrata dal Laveran, e poi, con maggior copia d'indagini, dalla Scuola anatomo-patologica di Roma.

Riguardo alla sede della lesione, non è facile stabilire una esatta diagnosi. Tuttavia, giudicando dal complesso dei sintomi, si può dire che la lesione abbia avuto luogo nel tratto inferiore del ponte. Difatti, considerando che la decussazione delle vie di moto degli arti si verifica nel modollo allungato e quella delle vie

del facciale nella parte superiore del ponte, si comprende come una lesione del suo tratto inferiore debba generare emiplegia crociata con interessamento del ramo frontale, mentre se la lesione ha luogo nella porzione superiore o peduncolare, le vie del facciale sono colpite prima della loro decussazione e allora si avrà paralisi del facciale dal lato dell'emiplegia con integrità del ramo frontale.

PUBBLICAZIONI CONSULTATE.

ASCOLI V. *La Malaria.* Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1915.

BEVACQUA. *Sindrome cerebellare da malaria acuta con anartria (Sindrome di Pansini) ed atassia acuta di Leyden.* Riforma medica, 1908.

BIGNAMI. *Studi sull'anatomia patologica dell'infezione malarica cronica.* Boll. R. A. M. di Roma, anno XIX, 1893.

CARDARELLI. *Lezioni di patologia e clinica medica.* Napoli, 1907.

CASTELLINO. *Le cirrosi del fegato.* Tommasi, 1907.

GERAUDEL. *Etude sur la cirrhose paludique.* Paris, 1903.

LUZZATTO. *Perniciosa con sindrome cerebellare e anartria: terzana estiva con fenomeni bulbari.* Riforma medica, 1904.

PANICHI. *Contributo alle disartrie e miastenia da causa malarica.* Policlinico, Sezione medica, 1901.

RUMMO. *Cirrosi epatica di origine splenica.* Riforma medica, 1907.

RUMMO. *Sindrome cerebellare e disturbi del linguaggio da malaria.* Riforma medica, 1910.

SALMONI. *Tremore ed emiparesi consecutivi a malaria.* Rivista crit. di clin. med., n. 23, 1913.

SIGNORELLI. *Un caso di nevrite ottica da malaria.* Boll. Soc. L. Ospedali di Roma, anno XXVI, 1906.

SCHUPFER F. *Ulteriore contributo allo studio dei disturbi nervosi e delle nevriti malariche.* Policlinico, Sezione medica, 1902.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Congresso di ostetricia sociale.

(Continuazione e fine; vedi fascicolo precedente).

Alla discussione partecipano il prof. F. LA TORRE per dire che la Croce Rossa, cessati gli scopi di guerra, potrebbe dedicare gran parte delle proprie risorse alla assistenza materna ed infantile; la signora MARSELLI, per esprimere il desiderio suo e della signora NORSA che le Casse di maternità di Roma e di Milano, da esse rappresentate, nonchè tutte le altre, dopo approvata la legge sulle assicurazioni sociali per le malattie, abbiano il compito dell'assistenza alla madre, entrando a far parte attiva della futura organizzazione e, se potrà costituirsi, dell'ente autonomo proposto; il prof. MIRANDA per affermare che il denaro necessario al grande compito eugenico deve trovarsi: debbono pagare gli abbienti per i poveri, debbono essere utilizzati i 2 miliardi e mezzo circa che costituiscono in Italia il patrimonio dei poveri, malissimo amministrato, con antiquati criterii di beneficenza, mentre oggi a questa deve sostituirsi ovunque la pubblica assistenza; il prof. EVOLI che non approva l'idea del contributo obbligatorio da parte delle donne in favore delle quali si vuole organizzare l'assistenza, perchè egli pensa che a questa assistenza si possa largamente provvedere per mezzo delle assicurazioni sociali contro le malattie, il cui progetto di legge è già pronto e comprende anche le donne gravide e puerpere; il prof. CRISTALLI per associarsi all'Evoli nel sostenere l'efficacia e la praticità delle Casse di assicurazione; il prof. SPOLVERINI che propone di chiedere allo Stato, per l'assistenza materna ed infantile, uno stanziamento in bilancio a somiglianza di ciò che esso ha fatto per la lotta antitubercolare; il SANTORO per accettare l'idea dell'ente autonomo e per dire ciò che ha fatto ed ottenuto nella sua provincia in favore della maternità e dell'infanzia; il prof. POLITI per affermare che lo Stato ha il dovere di tutelare ogni madre ed ogni bambino nell'interesse della razza e della prosperità nazionale; il prof. MODIGLIANI per proporre che si provveda al finanziamento dell'ente mantenendo la tassa sulla organizzazione civile; il prof. GUZZONI per far rilevare che in Spagna esiste un Consiglio superiore per la protezione dell'infanzia e che analogo Consiglio potrebbe aversi in Italia per l'assistenza materna ed infantile; potrebbesi poi per il finanziamento dell'Opera proporre una tassa sui celibi e sui genitori di meno di tre figli; il prof. PESTALOZZA per dire che alcune delle provvidenze proposte per l'assistenza materna sono già state — come ad es. quella dell'uso di biancherie sterilizzate per l'assistenza a *tutti* i parti — incluse nel nuovo regolamento ostetrico; il prof. TRUZZI, il prof. ALFIERI, il prof. ROSSI DORIA, il prof. VIANA per rispondere, come relatori, a tutte le obiezioni ricevute nella lunga ed animata discussione.

In seguito a ciò, essendosi messi d'accordo i so-

stenitori dell'ente autonomo con quelli delle assicurazioni sociali, si approva un ordine del giorno compilato dal prof. PESTALOZZA per chiedere *che lo Stato riconosca la necessità dell'ente per l'assistenza materna ed infantile proposto dal Rossi Doria e ponga a disposizione dell'ente medesimo — nel modo che parrà migliore — quelle somme, tratte dalle assicurazioni sociali, che l'organizzazione richiede.*

Si emettono anche altri voti sulle questioni sin qui discusse, approvando un ordine del giorno GUZZONI *per l'abolizione delle ruote* tuttora esistenti in alcuni brefotrofii per l'accettazione degli esposti; un O. del g. MARSELLI *per la ricerca della paternità,* complemento indispensabile della moderna assistenza degli illegittimi; un O. del g. SPOLVERINI *per avere dallo Stato,* come avviamento a più ampie provvidenze sociali, *un contributo annuo* analogo a quello per la lotta contro la tubercolosi; un O. del g. POLITI-SANTORO *per chiedere che lo Stato consideri come propria funzione la tutela di ogni donna nelle sue funzioni materne dall'inizio della gravidanza al suo termine e nel primo mese dopo il parto nonchè di ogni bambino fino al terzo anno compiuto;* un O. del g. MARSELLI *per assegnare alle cessanti Casse libere di maternità funzioni di assistenza materna ed infantile* analoghe a quelle già attuate dalle Casse stesse nella loro razionale evoluzione; un O. del g. GUZZONI, TRUZZI, ALFIERI ed altri per *l'insegnamento della puericultura in tutte le Università* durante le ferie estive ai giovani medici ed alle levatrici ed un O. del g. SANTORO-MODIGLIANI per *estendere ancor più questo insegnamento, impartendolo anche,* in altra forma, *nelle scuole femminili elementari superiori e normali.*

***

Sul tema: *Gravide tubercolose e profilassi antitubercolare infantile* doveva riferire il prof. L. MANGIAGALLI, di Milano, ma l'illustre senatore (al quale il Congresso manda le condoglianze per il suo recente lutto domestico e gli auguri di un sollecito ricupero della sua salute) non ha potuto intervenire alla riunione ed ha potuto soltanto inviare le conclusioni della sua relazione le quali vengono lette, ma non discusse. Eccole:

1. Le gravide tubercolose debbono essere isolate nei grandi istituti in sezioni speciali, nelle piccole maternità in camere separate.

2. Nell'interesse dell'assistenza e delle loro famiglie se ne deve favorire in ogni modo la spedalizzazione.

3. È necessaria un'azione associata fra l'istituto di maternità e il dispensario antitubercolare. Tale azione associata si tradusse in atto in Milano con ottimi resultati. Si escogitò un tipo di cartella clinica nella quale il dispensario fa le annotazioni mediche, l'istituto ostetrico quelle ostetriche e mediche durante la degenza dell'ammalata nell'istituto. Di detta cartella una copia rimane all'istituto, una al dispensario alla quale è rimandata l'ammalata: con che si ha il documento completo della vita morbosa e sessuale dell'inferma.

4. La tesi che la gravidanza eserciti una influenza sfavorevole sulla tubercolosi è comprovata scientificamente, sperimentalmente e clinicamente. Non ne segue però che *in ogni caso* la gravidanza debba essere interrotta. Molti elementi debbono esser considerati.

Le reazioni biologiche da sole (cutireazione ed oftalmoreazione) non sono sufficienti indicazioni alla provocazione del parto. Debbono esser presi sempre in considerazione altri elementi:

a) l'andamento clinico;

b) la triste esperienza che molte tubercolose si presentano in breve lasso di tempo ripetutamente all'osservazione dell'ostetrico per l'interruzione della gravidanza;

c) l'epoca della gravidanza e la giusta valutazione dell'interesse del feto in rapporto con quello della madre.

5. La castrazione ovarica od uterina od utero-ovarica, per quanto il relatore ne consideri favorevole l'influenza sul decorso della tubercolosi, poggiata su dati sperimentali e specialmente sopra vasta esperienza ginecologica, non può esser generalizzata.

6. La cura sanatoriale non ha corrisposto all'aspettativa che di essa si poteva avere.

7. Il parto non si presta a speciali considerazioni. Ogni operazione può essere richiesta, ma il parto spontaneo facile è frequentissimo; e nascono o bambini gracili o, non poche volte, anche bambini robusti. Nessuna preoccupazione dà di solito il secondamento.

8. L'eredità tubercolare, nelle sue diverse forme, può esser dimostrata, ma praticamente dobbiamo ritenere che il neonato ed il bimbo si contagiano nell'ambiente dei genitori.

9. Ne ha origine la prevenzione antitubercolare infantile, chiamata ad un grande avvenire.

10. A Milano — qualche anno prima che sorgesse a Parigi — si è fondata, per mezzo di generosi oblatori, l'*Opera di prevenzione antitubercolare infantile;*

11. Essa si volge sia ai bambini che nascono nell'Istituto, sia a quelli che nascono in città da genitori tubercolosi e che ci sono segnalati dal dispensario antitubercolare;

12. Essa funziona nel seguente modo: volgendosi preferibilmente: *a*) a quelli che hanno entrambi i genitori tubercolosi; *b*) a quelli che hanno la madre; *c*) a quelli che hanno il padre.

Essi vengono allontanati e messi a balia, presso balie foresi, non prendendo che balie il cui bambino sia morto o che abbia allattato il proprio bambino almeno tre mesi.

Nella clinica pediatrica è allestita una *crèche* per quei bambini per i quali non si trovasse una balia. Una commissione medica speciale esamina il bambino e lo segue poi nella vita. La sua storia clinica diventa la storia della sua vita. Nel secondo anno di età passano in asili speciali, dei quali ne abbiamo ora due: uno a Brisino, capace di 30 letti, e l'altro, più vasto, in Olgiate Olona, capace pace di 100 letti. Vi possono stare fino ai 7 anni e vi sono istruiti. Dopo i 7 anni vengono mandati

in case coloniche, adibiti ai lavori della campagna (di frutticultura, di giardinaggio, ecc.) in modo da affidarli alla sana vita dei campi e combattere anche il fenomeno dell'urbanesimo. Ammalati, vengono ricoverati nella clinica pediatrica. Divenuti orfani, vengono affidati all'orfanotrofio.

L'*Opera di prevenzione antitubercolare* prende i bimbi nati dalle madri tubercolose alla culla, li sorregge, li conforta, li istruisce, li mantiene finchè siano capaci di lavoro utile.

* * *

Relatore del 2° tema — *L'ostetrico nella profilassi della sifilide* — è il prof. I. CLIVIO, di Pavia. Egli conclude la sua relazione affermando:

1) la necessità di un accurato esame anamnestico delle gravide e possibilmente del marito; 2) l'opportunità di sottoporre i coniugi anche lontanamente sospetti all'esame del sangue (reazione di Wassermann), specialmente 3) nei casi di morte abituale del feto o di ripetute interruzioni della gravidanza; 4) l'obbligo della prova di Wassermann nelle gravide ricoverate negli Istituti di maternità e nei bambini nati negli Istituti medesimi. Il R. propone quindi 5) l'istituzione presso i Brefotrofi o presso i dipensarii celtici di gabinetti per esami del sangue e per ricerche istologiche sugli annessi fetali nei casi sospetti di sifilide, insegnando ai medici pratici ed alle levatrici le norme per la raccolta del materiale da esaminare; insiste 6) sull'obbligo alle madri sifilitiche di allattare il proprio bambino e in caso di impossibilità, di ricorrere all'allattamento artificiale; trova indispensabile: 7) disciplinare l'allattamento mercenario libero con uffici sanitarii municipali o circondariali che provvedano quali intermediari fra le nutrici e le famiglie, assicurandosi delle condizioni di salute della nutrice, della madre del lattante e del lattante stesso; 8) istituire una sorveglianza igienica da parte dell'ufficiale sanitario o di medici specialisti, sui bambini collocati a nutrice e sulle nutrici stesse; 9) delimitare nel modo più preciso possibile le condizioni per le azioni penali nei casi di sifilide da baliatico.

Alla discussione prendono parte i proff. ALFIERI, VIANA ed altri, specialmente sulla estensione da dare alla prova di Wassermann e sulla necessità di speciali incaricati per questa pratica che non può gravare sullo scarso personale medico dei brefotrofi, dei dispensarii e delle maternità.

* * *

Su *Alcoolismo e maternità* riferisce il prof. E. FERRONI, di Firenze, ed afferma nelle sue conclusioni che la questione dell'alcoolismo è più viva che mai e non è piccola la partecipazione della donna alla intossicazione alcoolica; che la conoscenza dei danni derivanti dall'abuso dell'alcool traccia la via alle provvidenze necessarie per combatterlo; che questi danni interessano l'individuo e la specie; che l'ostetrico deve occuparsi specialmente dell'eredoalcoolismo derivante da intossicazione paterna, materna od associata, per lo più cronica, talvolta acuta; che anomalie organiche e funzionali si rilevano spesso nei nati da alcoolisti e ciò per lesioni primitive delle cellule generative o per lesioni embrionali da passaggio di veleno o per i due fatti concomitanti; che l'eredoalcoolismo va considerato nelle sue manifestazioni *prossime* e *remote* e queste ultime si compendiano nella morbilità e nelle stimmate degenerative fisiche e psichiche del nuovo individuo, si ripetono in serie e non si attenuano col tempo; che nelle manifestazioni *prossime* vanno comprese la funzione sessuale, il concepimento ed il suo prodotto, il decorso della gravidanza e l'allattamento; che la funzione riproduttiva è alterata nella donna come nell'uomo e si rileva per lo meno torpida nell'attività funzionale delle glandole sessuali, che la gravidanza è più volte turbata, frequente la patologia fetale intrauterina; che l'alcool passa nei tessuti fetali e passa anche nel latte il quale presenta modificazioni quali-quantitative, ma la sua azione nociva sul poppante non è dimostrata; che le figlie dei bevitori perdono la capacità dell'allattamento.

L'eredo-alcoolismo si ripercuote sulla natalità e sulla mortalità infantile, diminuendo la prima ed aumentando la seconda, mentre crea una degenerazione crescente e trasmissibile, dando luogo, con questi effetti prossimi e remoti, al depopolamento ed a tare organiche lesive per la razza.

Fervono ancora gli studii per precisare se l'alcoolismo sia causa od effetto della degenerazione, ma non potendosi dubitare dei danni individuali ed ereditarii dell'alcoolismo la lotta contro di esso deve essere intensificata.

Se la propaganda dà buoni risultati, ottimi ne potran dare le leggi, se provvide e bene applicate. Soltanto con un'azione statale si potrà giungere alla soluzione dei problemi più gravi contro l'alcoolismo e bisogna cercare di ottenerla, integrandola con una nostra azione di propaganda fatta nelle cliniche, nelle maternità, nei molti asili affini e nei contatti numerosi con brefotrofi, baliatici, famiglie di lattanti, aiuti materni, procurando inoltre che nelle istituzioni di beneficenza non manchi la sorveglianza e la selezione dell'eredo-alcoolista per la cura e l'educazione successiva e che l'aiuto morale e materiale alla donna sia armonizzato col comportamento suo e della sua famiglia di fronte all'uso dell'alcool.

Anche su questa relazione si accende una importante discussione che la strettezza dello spazio disponibile non ci consente di riportare e che si chiude con l'approvazione di un ordine del giorno, presentato dallo stesso relatore prof. Ferroni, col quale il Congresso invoca dal Governo *disposizioni legislative capaci di evitare i danni emergenti dall'alcoolismo nelle funzioni di maternità, nella natalità e nella degenerazione della specie.*

* * *

Al prof. E. PINZANI è stato affidato il compito di presentare *Proposte per infrenare la sempre crescente frequenza dell'aborto criminoso e delle pratiche di neo-malthusianismo,* e le proposte sono queste:

1. Denunzia obbligatoria ed incondizionata di

tutti i casi di aborto da parte dei medici e delle levatrici, che per questo dovranno essere esonerati dall'obbligo del segreto professionale, e ciò allo scopo di rendere più facile l'accertamento dei casi di aborto criminoso;

2. Provvedimenti statali per dare oneri gravi alle famiglie con scarsa o senza prole, ed invece vantaggi alle famiglie numerose; identici criterii da parte degli industriali nella scelta degli operai; possibilmente limitare ai genitori il diritto di disporre del patrimonio a favore dei figli;

3. Assistenza alle ragazze abbandonate ed alle donne *perdute;* protezione della gravidanza e dell'infanzia; istituzione di asili dove, celate, possano rifugiarsi tutte le incinte; facile ammissione dei bambini frutti di illeciti amori in appositi ospizî senza bisogno di svelare il nome della madre; ricerca della paternità;

4. Combattere e proibire per legge il commercio dei mezzi antifecondativi, gli annunzi sui giornali, i libri, le conferenze, ecc., per prevenire o interrompere la gravidanza;

5. Elevare il livello morale, intellettuale, dottrinale, economico delle levatrici affinchè non si prestino a procurare aborti; limitare il loro campo d'azione alla assistenza dei soli casi normali; proibire loro di tenere gestanti in casa e di praticare visite e cure ginecologiche; organizzare un servizio di vigilanza con frequenti visite al loro domicilio; badare che l'armamentario ed i presidii terapeutici di cui dispongono non siano eccedenti all'opera che debbono prestare;

6. Proibire per legge ai medici di praticare l'aborto terapeutico e la sterilizzazione terapeutica delle donne se non quando una commissione di almeno tre sanitari ne abbia riconosciuto l'indicazione. Intervento degli «Ordini dei medici» nella ricerca dei sanitarii colpevoli di aborto criminoso, a tutela della dignità della classe;

7. Pene severissime a chi, costituendosi complice della donna nel delitto d'aborto criminoso, favorisca coi consigli e coll'opera il conseguimento dell'intento; impunità invece alla donna che denunzierà il complice;

8. Propaganda contro l'aborto criminoso e le pratiche di neomalthusianismo, durata a lungo, con insistenza, da ogni classe di cittadini, con ogni mezzo.

Alla lunga, animata discussione che tien dietro a questa relazione partecipano numerosi oratori fra i quali i proff. PESTALOZZA, ALFIERI, MIRANDA, ROSSI DORIA, CRISTALLI, SANTORO, SANTI, LA TORRE, REGNOLI, MICHELI, POLITI, ai quali tutti risponde esaurientemente il relatore.

***

Nelle due ultime relazioni, una del prof. A. GUZZONI DEGLI ANCARANI, di Modena — *Mortalità e natalità in rapporto con la guerra* — e l'altra del prof. C. GINI, di Roma — *La mortalità infantile durante la guerra* — si dimostra che la natalità è di molto diminuita durante la guerra fino a scendere in alcuni luoghi a meno della metà; mentre la mortalità infantile non ha in nessun luogo manifestato una sicura tendenza all'aumento. Questa tendenza c'è stata al principio della guerra, ma è venuta presto a cessare.

Le contrarie opinioni pessimiste, tanto diffuse, derivano dalla inesattezza dei metodi di calcolo.

Alla discussione di queste due relazioni partecipano varii oratori, fra i quali il prof. MODIGLIANI il quale molto opportunamente fa rilevare quanta parte ha certamente avuto nella prevenzione della mortalità infantile durante la guerra l'opera di assistenza data dai numerosi istituti sorti per venire in aiuto dell'infanzia minacciata, specialmente migliorando l'alimentazione dei bambini dalla quale dipendono per la massima parte le quote di mortalità.

Il Congresso si chiude patriotticamente coll'invio di un augurale saluto al valoroso nostro collega dott. Grossich, rappresentante della italianissima città di Fiume, che si ricongiungerà presto all'Italia se trionferà la giustizia e sarà ascoltata la voce dei popoli e rispettato il loro diritto.

T. ROSSI DORIA.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Sulle mieliti traumatiche.

Sono stati descritti vari casi di lesioni traumatiche del midollo, che si sovrappongono abbastanza esattamente, soprattutto per la loro maniera di insorgere. Wagner e Stolper hanno pubblicato il caso di un operaio, che, trasportando un grosso fardello, scivola, e fa un grande sforzo per mantenersi in piedi; sente un violento *crac* alla colonna vertebrale e dolori folgoranti agli arti inferiori: si manifesta quindi una mielite.

Gli stessi autori hanno descritto un minatore, che, facendo uno sforzo per sollevare un grosso peso, sente un grosso *crac* lombare e violente lancettate al dorso e alle gambe: ematomielia consecutiva.

Gelma e Stroehlin riferiscono di un operaio che, sollevando una grossa pietra, sente scricchiolare la colonna lombare e un vivo dolore alla regione achillea destra; qualche giorno dopo sintomi di sclerosi laterale amiotrofica.

Bing (*Revue de Suisse de méd.*, L. XVII, n. 1) narra ora il caso di una giovane operaia metallurgica, che, portando un peso di circa 40 kg., passando per uno stretto corridoio, è obbligata a sostenere questo grave peso con la sola mano destra: avverte un *crac* alla regione lombare e dolori folgoranti al braccio sinistro. Torna nondimeno al lavoro, ma dopo due giorni compare paraplesia spastica, cui segue una forma flaccida con tutti i caratteri d'una mielite.

Questi casi, che non possono non rimanere impressi, hanno tutti di comune lo sforzo, cui segue la sensazione iniziale stereotipata di *crac* lombare e di dolori folgoranti agli arti. Da ciò si può indurre una lussazione lombare transitoria, con stiramento delle radici.

E questo meccanismo, sul quale per ora non si può dire di più, va tenuto bene in mente nella ricerca patogenetica di molte mielopatie traumatiche. Noi non abbiamo idee precise di quello che può prodursi in seguito a contusioni o stiramento delle radici spinali: la pratica chirurgica insegna di temere le mielomalacie in seguito a tiramento radicolare nelle operazioni di radicotomia. Ma le nozioni di anatomia patologica su questo genere di lesioni violente o chirurgiche sono assai incomplete. Resta notevole questo modo di prodursi di mieliti traumatiche col loro costante quadro iniziale. G. SABATINI.

Malaria da traumatismi chirurgici.

Vandeubossche (*Thèse de Doctorat*, Lyon, 1917) riferisce sulle complicazioni di origine malarica che egli ha avuto occasione di osservare nei feriti di guerra a Salonicco.

Una ferita anche leggera provoca in un malarico lo scoppio di un accesso la cui gravità non ha alcun rapporto con quella del trauma. Un atto operatorio ha le medesime conseguenze: gli interventi anche leggeri provocano degli accessi anche in individui che precedentemente non avevano avuto alcuna manifestazione malarica.

L'accesso di infezione malarica in seguito ad un atto operativo è più grave e più frequente quando si è dovuto ricorrere all'anestesia. Tenuto conto che il cloroformio ha una particolare influenza nociva sul fegato e che quest'organo è molto spesso leso nei malarici, è preferibile ricorrere all'anestesia con l'etere quando si dovrà operare un individuo malarico.

In quasi tutti gli ospedali di Salonicco si sono osservati nei malarici fenomeni emorragici spesso molto gravi: epistassi, emottisi, ematurie, petecchie, larghe macchie ecchimotiche. Questa sindrome emorragica si osserva soprattutto nei malarici cronici. Questo fatto deve essere tenuto presente perchè i malarici devono essere considerati come affetti da emofilia e per essi quindi si deve agire con molta prudenza negli interventi chirurgici.

La comparsa dell'accesso di malaria in un ferito falsa per così dire il quadro clinico ordinario del decorso della ferita e delle conseguenze operatorie: talora simula una complicazione infettiva e spesso il chirurgo più accorto è indotto per errore ad uno sbrigliamento o ad un nuovo intervento.

L'A. accenna alla possibilità di vere gangrene malariche che però sono una complicazione molto rara ed infine alla eventualità che la malaria possa assumere il quadro caratteristico dell'appendicite consigliando interventi inutili e dannosi. *a a.*

TERAPIA.

La cura dell'eclampsia gravidica.

La terapia dell' eclampsia gravidica segue due indirizzi: secondo l'uno conviene liberare la paziente dalla presenza del frutto del concepimento, ricorrendo eventualmente anche ad una grande operazione; secondo l'altro è preferibile la terapia conservativa mediante i narcotici (morfina, cloralio), il salasso e le ipodermoclisi di soluzione fisiologica.

Jung (*Deutsche Mediz. Wochenschr*, 1918) descrive il metodo di cura da lui adoperato nella Clinica di Gottinga. Se il travaglio è già iniziato si adoperano le manualità adatte ad agevolarlo e condurlo a termine. Se il travaglio non è ancora iniziato si ricorre alla cura conservativa.

Si inizia la cura con la iniezione di un cgr. e mezzo di morfina, dopo un'ora si pratica un clistere di due gr. di cloralio, dopo trè ore un'altra iniezione di un cgr. e mezzo di morfina, dopo sette ore un clistere di due gr. di cloralio, dopo tredici ore clistere di un grammo e mezzo di cloralio, che si ripete ancora dopo ventun ore. Qualora gli attacchi non diminuissero, si accorcerà l'intervallo tra le due ultime somministrazioni di cloralio, alle quali però si rinuncia nel caso che gli attacchi cessino e ritorni la coscienza.

Inoltre già dall'inizio della cura si pratica un salasso di 400-500 cmc. ed attraverso la stessa cannula si iniettano 500 cmc. di soluzione fisiologica.

Qualora nel corso della gravidanza l'eclampsia ricompaia non si può più contare sulla efficacia della terapia e conviene ricorrere alla interruzione della gravidanza. Ed al riguardo l'A. preferisce il taglio cesareo addominale trans o extraperitoneale o la colpoisterectomia.

Qualunque sia il metodo di trattamento la inferma va sempre sorvegliata anche se le convulsioni cessano e la coscienza ritorna normale.

Talvolta persiste o si accentua la debolezza del cuore, ed allora conviene ricorrere ai preparati di digitale, alla canfora, allo strofanto, alle ipodermoclisi di siero fisiologico.

Anche la funzione renale va sorvegliata. Spesso l'eclampsia è accompagnata da albuminuria, oliguria o anuria, edemi diffusi agli arti, ai genitali, al viso, da disturbi della vista che possono andare fino all'amaurosi completa (retinite albuminurica). In rapporto al concetto ora non più accettato che l'eclampsia fosse dipendente da una lesione renale, prima per far cessare le convulsioni si adoperavano bagni caldi, diaforetici, ecc. Oggi si sa che questi rimedî sono inefficaci contro l'eclampsia, e che d'altra parte nei casi nei quali l'eclampsia guarisce, anche i fatti nefritici scompaiono rapidamente. In caso di persistenza si adopereranno i metodi abitualmente usati nella cura delle nefriti.

Tra le complicazioni dell'eclampsia gravidica vanno notate le apoplessie cerebrali, che di solito hanno esito letale, e più frequentemente le pulmoniti *ab ingestis* determinate dall'aspirazione di muco dalla trachea o di sangue dalla bocca (morsi della lingua) o di bevande introdotte in bocca dai familiari. In alcuni casi si sviluppano anche bronchiti o bronco-pulmoniti tossiche.

Durante il periodo della incoscienza l'alimentazione deve essere fatta per via rettale, poi si riprende per la via boccale. Sul principio si darà solo latte, poi anche pappe di farina di cereali e gradatamente, con la scomparsa di tutti i disturbi, si ritornerà al regime normale.

Una grande importanza ha la profilassi. Occorre tener presente che quando compaiono i prodromi diretti, come la cefalea, le vertigini, i disturbi visivi, di solito è già troppo tardi per poter impedire la comparsa delle convulsioni. Meglio è in ogni caso di prima gravidanza procedere all'esame delle urine ogni 2-3 settimane. Se si riscontra albuminuria con tendenza ad aumentare si farà mettere la paziente a letto e si prescriverà il regime lattovegetariano. Se anche così l'albuminuria continua ad accentuarsi, si procederà alla interruzione della gravidanza allo scopo di evitare il pericolo della eclampsia. È assai difficile che una donna la quale ha in una gravidanza superata la eclampsia possa esserne ancora colpita in una successiva gestazione. Si possono perciò tranquillizzare quelle donne che, nel timore di andare incontro nuovamente a così grave rischio, vorrebbero non rimanere più incinte.

a. a.

Prognosi della cura chirurgica delle affezioni della cistifellea.

E. D. MacStuncton (*New York med. Journal*, 1918, n. 15), dalla casistica propria, a dir vero poco numerosa (100 interventi con 3 morti), trae la conseguenza che i risultati dell'intervento chirurgico variano molto a seconda che si tratti di litiasi biliare o di colecistite senza calcoli.

Nella litiasi, qualora si elimini ogni causa di ostruzione delle vie biliari, la guarigione è quasi certa. Gl'insuccessi sono dati dalla presenza di calcoli che passano inosservati. L'estirpazione della cistifellea comporta alcuni vantaggi di fronte alla colecistostomia, ma non offre una garenzia assoluta contro la produzione di nuovi calcoli nel coledoco: anzi nei casi dell'A. la ripetizione di coliche biliari tipiche un anno e mezzo o più dopo l'operazione, fu più frequente dopo la cistectomia, anzi che dopo la cistostomia.

Dunque se l'estirpazione della cistifellea in casi di litiasi dovesse costituire un'operazione molto grave, varrebbe meglio di rinunziarvi, a favore della semplice colecistostomia.

Quanto alla colecistite semplice, il drenaggio della cistifellea non porta a risultati migliori di quelli che conseguono alla semplice cura medica, e l'estirpazione dell'organo espone a gravi delusioni.

Le quali possono evitarsi unicamente mercè una giudiziosa scelta dei casi, basata sull'esatta conoscenza dei rapporti tra sintomatologia ed anatomopatologia delle affezioni della cistifellea.

R. B.

TECNICA.

Guanti di gomma per mani non sterilizzate.

Per uso del chirurgo al campo il prof. Doderlein aveva ideato dei guanti sterilizzati e pronti per il momento del bisogno, chiusi in involucri di carta. Per infilarli però era necessario avere le mani preparate, cosa non sempre facile al campo. Il prof. Wullstein per evitare questa necessità aveva ideato dei guanti disposti nei loro involucri in modo tale che, per infilarli, non era necessario toccarne la superficie esterna.

Il metodo però era troppo complicato per essere pratico. In quelli proposti dal dott. Fuhrmann (*Medizinische Klinik*, n. 40) l'inconveniente è eliminato.

I suoi guanti differiscono da quelli comuni per la lunghezza della parte dell'avambraccio

che, rovesciata, supera la lunghezza della mano. In questa disposizione ciascun guanto separatamente è racchiuso in un involucro di carta che si apre tirando una cordicella.

Infilato nella mano il primo guanto, si prenderà con una pinza il bordo estremo e si tirerà sulla manica. Il secondo guanto s'infilerà facendosi aiutare da un'altra persona; in mancanza di questa il chirurgo aprirà l'involucro strappando la cordicella coi denti e, aiutandosi con la mano inguantata, infilerà l'altra entro il secondo guanto, del quale sarà poi agevole rovesciare il bordo. G. M.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1026). *Nell'otite catarrale media cronica.* Al dott. U. F. da M.:

Poichè l'esistenza di un'otite media catarrale presuppone, quasi sempre, il coesistere di una lesione o imperfezione nasale o faringea, che di solito ostacola il normale funzionamento respiratorio del naso-faringe e porta sovente anche a uno stato settico di tali cavità, è da sconsigliarsi la manovra del Valsalva, fatta sistematicamente, o qualsiasi altro artificio analogo. Quella manovra congestiona l'orecchio medio — condizione che va invece combattuta nell'otite media catarrale — e quel beneficio transitorio che arreca, non compensa il pericolo di inquinare la cassa timpanica.

La cura razionale del catarro dell'orecchio medio non può essere anzitutto che causale, mirante alla restaurazione fisiologica delle prime vie respiratorie; in secondo luogo cateterismo metodico, con instillazioni intratimpaniche di adrenalina o di pilocarpina; infine correzione di uno stato generale discrasico (uricemia, ecc.). *g. b.*

(1027). *Le «voglie».* Il dotto. U. F. da M. chiede:

Si può ritenere che in realtà voglie non soddisfatte di donna gravida possano manifestarsi in qualche modo, che il volgo ritiene necessariamente causale, il futuro prodotto del concepimento?

Tali fenomeni, se non nella specie umana, trovano una più facile espressione in alcuni fatti d'ordine biologico, quale il *mimetismo.* La ragione per cui taluni animali vennero sempre più rassomigliando nel colorito agli oggetti circostanti, dipende anche, probabilmente, dalle continue impressioni ricevute nella vista dai procreatori. Tutti sanno a quale artificio ricorresse Giacobbe per ottenere la nascita di pecore listate di bianco e di nero.

Quanto alla nostra specie, si legga un lungo articolo, ricco di dati, nel volume di F. Rizzatti, *Varietà di storia naturale*, nella Piccola Biblioteca di Scienze moderne del Bocca. *g. b.*

(1028) *Sull'esercizio dell'odontoiatria.* — Al dott. F. C., Brescia:

Quanto è esposto a pag. 546, anno 1911, del *Policlinico*, (Sezione Pratica), fu modificato in parte dalla legge 31 marzo 1912, che stabilisce quanto segue: *Chi vuole esercitare l'odontoiatria e la prostesi dentaria deve essere munito del diploma di laurea in medicina e chirurgia.* L'art. 3 di detta legge era una DISPOSIZIONE TRANSITORIA, la quale permetteva un esame di abilitazione a coloro che, prima del 1912, avevano esercitato clandestinamente per 8 anni l'odontoiatria e prostesi dentaria, senza avere la laurea di medicina e chirurgia.

Oggi i termini sono trascorsi, l'*articolo transitorio* quindi non è applicabile al suo farmacista, il quale, pur avendo fatto pratica per 8 anni in odontoiatria, non può essere ammesso ad un esame di abilitazione per l'esercizio professionale, vietandolo la legge.

A. CHIAVARO.

(1029) All'abb. n. 2865:

Abbiamo già indicato come due buoni manuali il Daddi e il Silvestrini.

t. p.

VARIA.

A proposito di un'antica descrizione della nevrastenia.

In un passato numero è stato notato che la prima descrizione artisticamente esatta e d'intuito della neurastenia si trova nell'epistolario del Giusti, il quale era sovente d'umor nero, sofferente di mille piccole miserie fisiologiche, quali non avrebbero fatto sospettare la gaiezza e la serena vivacità dei suoi versi.

Una conferma di ciò è offerta dal delizioso libro di Raffaello Barbiera, *Il salotto della contessa Maffei*, ove si legge: « Giuseppe Giusti giunse a Milano nell'estate del '45, accompagnato dal genero del Manzoni, G. B. Giorgini, il quale tre anni dopo doveva tornare qui, capitano, alla guerra di Lombardia. Il Manzoni e il Grossi fecero al Giusti festosa accoglienza. Il primo lo ospitò per un mese nella propria casa...

« Giuseppe Giusti non mancò di recarsi in casa Maffei per ossequiare donna Clara. Appena entrato nel salotto, la contessa gli va incontro sorridente; ma egli appare freddo e malinconi-

co. Le presenta una lettera del marito Andrea che alcune settimane prima aveva incontrato a Firenze, e non parla. La buona signora cerca di rasserenarlo con discorsi gradevoli: ed egli risponde appena. Il pallido poeta giace sotto l'incubo di un'ossessione, d'una idea fissa, tormentosa, che non gli lascia pace. Essendo stato tre anni prima a Firenze morso da un gatto, ha paura di morire idrofobo; ha ancora, e sempre, quella paura.

« Alessandro Manzoni e il Grossi, che non ignorano la causa di tanta tristezza, cercano di rasserenarlo; ma invano... « I Manzoni (scrive il Giusti il 22 ottobre di quello stesso anno da Pescia a don Alfonso Litta Modigliani) che mi hanno tenuto con loro un mese, sanno la pazienza e la tolleranza che bisogna mettere a uscita con me; e vi giuro che quando penso a certe mestizie, a certi silenzi, a certi torpori che mi assalivano in quella casa, e mi tenevano lì come un insensato, ne sento vergogna e dispetto ».

« Tommaso Grossi, impensierito per la paura di Giuseppe Giusti, pregò un amico suo, l'alienista Andrea Verga, di esaminare lo stato del povero poeta. Il valente medico, che in quel momento era fuori di città, vi ritornò premuroso per compiere il geloso ufficio; ma, nel frattempo, Giusti era partito da Milano... ».

Ecco come un libro di italianissimi sensi e di rievocazioni patriottiche, contribuisce alla storia nosografica della psico-neurastenia.

G. B.

I ricordi degli ex-alleati.

Il tenente colonnello medico prof. Stradiotti ci manda da Brescia e pubblichiamo:

Nel primo volume del *Tratt. di Med. Int. di Mohr e Staehelin,* il capitolo dedicato alla malaria è opera di Claus Schilling.

Nella traduzione italiana si leggono — con diverso disgusto — i due seguenti passi:

« Perciò la città di Roma, che si trova nella Campania.... » (pag. 982).

« Il chinino è una droga d'alto prezzo quindi non di rado i dati della quantità contenuta nei preparati viene segnalata falsamente. Ciò accade in misura riprovevole sopratutto in Italia dove alcuni farmacisti vendono, invece che chinino, del gesso o dell'amido ». (pag. 1005).

Denunzio agli studiosi, cui possono essere sfuggiti, gli spropositi e le menzogne spregevoli di un barbaro insolente.

Basta di queste viltà.

(23)

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Dott. G. PIAZZA TAORMINA. *Degli strozzamenti erniari in genere ed in ispecie degli strozzamenti retrogradi.* Un vol. in-8°, di pag. 270, con fig. — Off. Gr. Elett. G. Chillemi, Palermo.

Voluminosa monografia che tratta ampiamente l'importante argomento. L'A., dopo le necessarie considerazioni generali, esamina lo strozzamento delle diverse varietà di ernie, anche le meno frequenti in pratica. Oltre poi lo strozzamento dell'intestino, vengono studiati nelle loro manifestazioni quelli di altri visceri (vescica, uretere, utero, ecc.). Un largo capitolo speciale è poi dedicato allo strozzamento retrogrado; vengono da ultimo esaminati gli accidenti e le complicazioni, con le relative indicazioni sulla terapia e la prognosi.

ini.

CECIL PRICE-JONES. *Blood pictures.* Un volume rilegato in-16°, di 90 pag., con 5 tav. colorate. — J. Wright and Sons, ed. Bristol.

È un buon libretto pratico, in cui, astraendo da ogni considerazione teoretica, l'A. dà i necessari consigli di tecnica, descrivendo poi i reperti ematologici nelle diverse malattie. La importanza di tale ricerca non si limita solamente alle malattie del sangue propriamente dette, ma si estende anche ad altre forme morbose, in cui la ricerca in parola può essere di notevole aiuto. Delle più importanti malattie vengono riportate le caratteristiche ematologiche. Le belle tavole colorate riproducono fedelmente i diversi elementi normali e patologici e ne facilitano grandemente il riconoscimento.

FIL.

Treballs de la Societat de Biologia (Lavori della Società catalana di biologia). Un vol. rilegato in-4° di pag. 370, con tavole e figure colorate. — Istituto di studi catalani, Barcellona.

Raccolta di numerosi lavori d'indole scientifica, comunicati alla nominata Società di biologia. Citiamo fra essi un voluminoso studio sulla tecnica di colorazione delle fibre elastiche, sia nelle sezioni come negli sputi, con proposta di metodi nuovi, un contributo clinico e sperimentale sull'azione della ipofisi sulla diuresi, altri sulla prova del blu di metilene in ostetricia, sui metodi di esplorazione della funzione epatica in relazione con quella pancreatica, ecc. Un complesso di lavori, che stanno a denotare un notevole fervore di attività scientifica.

FIL.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per il dopo-guerra del Corpo Sanitario Militare.

Ufficiali medici ospedalieri ed ufficiali medici addetti ai Corpi di truppa.

Parlare di assetto definitivo di armi e di corpi nella incertezza che regna oggi sulla futura efficienza che gli eserciti avranno dalla pace, sarebbe certamente prematuro e fuor di luogo. Ma questa nota tratta solo di linee generali circa l'organizzazione del Corpo sanitario militare e del servizio ad esso affidato, cui pertanto è vitale, non solo per il nostro Esercito, qualunque esso sia per sortire dal trattato di pace, ma per la Nazione. Le benemerenze acquistate dai medici militari, in pace e durante il conflitto europeo, giustificano poi qualsiasi provvedimento che miri al miglioramento della loro posizione e della loro cultura.

L'esperienza della guerra ha fatto sorgere nuovi elementi di giudizio ed ha dato prove, che valgono ad avvalorare la proposta, contenuta in queste righe, che non prospettano vere innovazioni, ma mirano ad un solo scopo: conservare tutto ciò che la Direzione Generale di Sanità ha fatto finora di buono e di bello, con coraggio e con avvedutezza, circa il migliore impiego ed il maggior rendimento tecnico dei medici militari. Chiunque abbia assistito alla evoluzione ed al perfezionamento, miracoloso, che ha subito il Corpo sanitario militare in questi quattro anni di guerra non può che formulare il voto per l'Esercito e per il Paese, che tutta questa opera di sapiente organizzazione non vada distrutta e che dell'*avantiguerra* non rimanga che il ricordo, come di tante cose che la guerra ha travolto con la sua onda cruenta, non sempre malefica.

Ma come sarà possibile conservare l'attuale organizzazione, fatta con migliaia di medici di complemento in gran parte specializzati, i quali nella quasi totalità torneranno alle loro occupazioni civili? Come si potrà creare una classe di tecnici fra i medici militari, che, reclutati — in certe epoche almeno — fra il fior fiore dei giovani laureati nelle nostre università, saranno costretti nel dopo guerra — come prima — a molteplici e disparatissime mansioni, non sempre d'indole tecnica, e che — occorre dirlo — non saranno certamente allettati ad entrare o — peggio ancora — a restare nell'Esercito dagli attuali emolumenti, in troppo stridente contrasto con le dure necessità della vita e con i proventi professionali anche più modesti dei colleghi borghesi?

Ciò sarà possibile, senza che ne derivi aggravio al bilancio dello Stato, ad una sola condizione: elevare la dignità professionale dei medici militari e stimolarli all'esercizio anche fuori dell'elemento militare. Per raggiungere tale fine, che si convertirà in un beneficio incommensurabile per l'Esercito e per il Paese, bisogna che il Corpo sanitario subisca una evoluzione, alla quale finora è stato sottratto, almeno in pratica. Questa consiste in una semplice divisione del lavoro, come nella vita civile, in cui i medici sono distinti in due grandi categorie: *medici ospedalieri, specializzati* e *medici generici, liberi esercenti o condotti.*

Prima della guerra noi abbiamo avuto invece nella quasi totalità degli ufficiali medici effettivi (come avveniva più di mezzo secolo fa anche per i medici civili) dei medici *omnibus*, costretti a divenire tali ad onta della più grande buona volontà di salvarsi talora dal naufragio intellettuale e... morale! Ma come poteva accadere altrimenti se, p. es., un chirurgo militare — magari libero docente — ad una data epoca dell'anno o ad un dato momento della sua carriera era chiamato a fare l'igienista, il medico, l'oculista, il medico legale, il medico di reggimento, il bromatologo, il segretario in qualche ufficio, il relatore, il cassiere, il collaudatore di generi alimentari, di indumenti, di calzature, ecc., ecc.? Quello che avveniva di alcuni di tali medici è dato a chicchessia immaginare: distratti in mille modi dal loro vero impiego tecnico, scoraggiati dalla carriera lenta, progrediente per anzianità, erano forzati a chiudere i libri (di ammalati non se ne parli che in certe cariche non se ne poteva vedere neanche uno all'anno) e a studiare — con quale animo e con quanto amore non è a dirsi — un solo libro: l'*Annuario*, definito argutamente *il libro dei sogni*, per calcolare il giorno della sempre lontana e tardiva promozione e quello dell'agognato riposo! Ma accanto a questo danno enorme è necessario annoverarne un altro, a discapito della cura dei soldati infermi. Questi, per la grande mobilità degli ufficiali medici (pare impossibile, eppure qualche direttore di Sanità faceva uno studio particolare per non lasciare mai fermi i proprii ufficiali medici dipendenti, affinchè si *perfezionassero* in tutti i servizi!), avevano talora la ventura di cambiare cinque o sei medici curanti durante un mese. Assistevamo così a vere cinematografie medico-militari con relativi cambiamenti di metodi e di rimedii, anche perchè talora l'ufficiale medico curante veniva improvvisa-

mente mutato senza neanche aver potuto dare al successore la consegna degli ammalati!

Ed in tal modo veniva curata la cultura del nostro Corpo Sanitario, depositario della salute della parte migliore della Nazione, chiamata a servire la patria nel fiore degli anni e che nel pieno vigore dovrebbe essere restituita alle famiglie ed alla società.

A così grandi inconvenienti si può ovviare, ripeto, copiando quello che si fa da molti anni nella medicina, diciamo così, civile, e che la Direzione Generale di Sanità ha fatto sapientemente durante il periodo di guerra.

Quindi bisognerà, innanzi tutto, sdoppiare le attribuzioni, ed occorrendo i ruoli, del Corpo Sanitario militare in servizio attivo permanentemente. Questo provvedimento si impone per conciliare e salvaguardare l'assistenza ospedaliera degli infermi con il servizio medico militare presso i corpi di truppa. Analogo sdoppiamento non è nuovo ed è anzi avvenuto di recente nel nostro Esercito: è stato già fatto per altre armi e corpi, allo scopo di utilizzare e perfezionare vieppiù le attitudini tecniche degli ufficiali di artiglieria e del genio. Si dovrà creare perciò una categoria (o ruolo) di *ufficiali medici ospedalieri* distinta da quella dei *medici militari addetti ai corpi di truppa* e dare ad ognuna delle suddette categorie adeguati ed equi vantaggi.

I medici militari opedalieri dovranno avere la possibilità dell'esercizio professionale e quindi la *inamovibilità della residenza*, se non per motivi disciplinari o per promozioni. Da queste condizioni dipendono i punti più delicati e vitali della questione, cioè quello degli onorarii e quello dell'incremento della cultura dei medici militari. Avere al servizio dell'Esercito, vale a dire della parte della popolazione che rappresenta la difesa e l'avvenire della Patria, medici colti, all'altezza del loro compito, è dovere di ogni Governo. Ma è inutile farsi illusioni che ciò si possa ottenere senza assicurare a siffatti sanitarii adeguati compensi. E qui bisogna convenire che lo Stato non sarà mai in grado — senza far torto agli altri funzionarii — di corrispondere alle richieste, elevate, per quanto giuste, che i medici avranno in rapporto al reddito normale della professione nell'ambiente civile. Solamente le condizioni sopraccennate possono fare sperare che bravi medici intraprendano o seguano da ora in avanti la carriera militare con gli attuali emolumenti modesti.

L'esercizio professionale deve essere garantito dalla inamovibilità della residenza. Esercitare la professione nell'ambiente civile, cioè fra gente di ogni età e di ambo i sessi e di fronte a tutto il campo della patologia e della clinica (ristretto nell'ambiente militare a determinati gruppi di malattie acute in individui giovani e robusti, anche per la eliminazione che è imposta dal regolamento e dalle necessità di servizio), significa istruire e perfezionare davvero un sanitario, che, dalla possibilità di trarre vantaggi economici dal proprio lavoro, trarrebbe grande incentivo allo studio e maggiore dignità. Così lavorano e vivono i sanitari (primarii, aiuti, assistenti) degli ospedali civili e delle cliniche, senza che le occupazioni per la clientela privata li distraggano dal compito assunto verso gli enti o verso lo Stato.

E lo stipendio dei medici militari ospedalieri potrebbe essere, come si è detto, anche modesto senza tema che, con siffatte condizioni (le quali rappresenterebbero una vera elevazione della classe) mancherebbero gli elementi ottimi a disputarsi i posti nei nosocomii militari, come ora avviene nelle cliniche e negli ospedali civili. In ogni centro ospedaliero militare, verrebbero così a costituirsi dei veri centri di operosità e di cultura, senza oneri allo Stato e con immenso bene per la salute dei soldati e della Società.

Inoltre la conservazione di questi centri ospedalieri con tutte le specialità — già istituiti dalla Direzione Generale di Sanità — assicurerebbe la cura degli infermi non solo ma anche il disbrigo delle pratiche medico-legali ed eviterebbe una grande ingiustizia, già deplorata prima della guerra, quando i soldati malati venivano ad avere un diverso trattamento a seconda della guarnigione, in cui si ammalavano. Perchè qualche grande città aveva cinque o sei chirurghi, oculisti, otorinolaringojatri, radiologi, stomatojatri, ecc., mentre altre città — non parlo neppure delle guarnigioni minori — di tutto questo ben di Dio non avevano idea e quivi il soldato ammalato era affidato ai medici *omnibus* — per quanto bravi ed intelligenti — in reparti talora *omnibus* e con mezzi diagnostici e terapeutici limitatissimi.

Invece i grossi centri ospedalieri ovvierebbero a simile fatto, dannoso sopratutto al morale dei malati e delle loro famiglie, e costituirebbero anche una diminuzione di spese per l'Erario, consentendo la riduzione degli ospedali minori, o almeno del loro personale medico e di assistenza: gli infermi trasportabili, sia per cure che per provvedimenti medico-legali, sarebbero inviati al centro ospedaliero viciniore e quelli intrasportabili sareb-

bero visitati e curati occorrendo, *in situ*, dallo specialista che vi si recherebbe dalla sua residenza ordinaria quale consulente. È ciò che si fa da molti anni nella pratica civile, e che si è andato facendo nel nostro Esercito durante la guerra; nè più nè meno.

E non si obbietti che *il diritto dell'esercizio professionale lo hanno sempre avuto i medici militari*. Ciò può dirsi a chi non sa come si forma la clientela del medico, ma non a chi conosce le esigenze di questa, la assiduità e la diligenza che essa richiede e la.... concorrenza dei colleghi. Provi qualsiasi ottimo primario di ospedale o clinico di Università — mi pare che i termini del paragone siano lusinghieri per chicchessia, quanto dimostrativi! — ad assentarsi dalla propria residenza per almeno due mesi ogni anno (assenza minima per ogni medico militare per leve, tiri, manovre, ecc.) e poi dica a che si ridurrà il suo esercizio professionale!

Et de hoc satis, mi pare. Solo credo utile rilevare che l'attuale guerra ci ha fatto fare anche un largo esperimento circa la possibilità di esercitare nello stesso tempo, per il pubblico e per i militari: egregi medici richiamati hanno lodevolmente curata ed aumentata la propria clientela compiendo con vero zelo il servizio per l'Esercito.

L'*inamovibilità* — indispensabile, come si è detto, per l'esercizio professionale — non è poi cosa nuova nell'ordinamento di altre carriere governative. E quella dei medici militari ospedalieri dovrebbe essere come quella di cui gode la nostra magistratura, per cui quando un magistrato non gradisce un trasloco, imposto dall'avanzamento, ha facoltà di rinunziare a questo pur di restare dove si trova. E da simili rinunzie, certo non rare, deriverebbe senza dubbio qualche vantaggio alla carriera di coloro ai quali più convenga percorrerla. Le residenze dovrebbero poi essere concesse col criterio del maggiore merito e per concorso fra i diversi aspiranti ad ottenerle, per costituire un altro stimolo al lavoro ed allo studio.

Accanto ai *medici militari ospedalieri* dovrebbe restare la classe dei medici militari addetti ai corpi di truppa. A questi dovrebbero essere affidate tutte le attuali mansioni e le facoltà, che ha avuto finora l'intero corpo sanitario: in complesso tutti i servizi reggimentali (tiri, manovre, campi, ecc.) nonchè il servizio di leva, che poi riguarda essenzialmente l'elemento affidato alla loro vigile assistenza. Sarebbero dei *medici militari mobili;* quindi con poca facilità di esercizio e di proventi professionali. Perciò a loro favore dovrebbe essere adottato il giusto provvedimento di uno stipendio di molto superiore — magari sotto forma di indennità — a quello dei medici ospedalieri. E questo stipendio che costituirebbe un provento sicuro e non aleatorio come i guadagni dei colleghi ospedalieri, dovrebbe essere tale da compensare sacrifizii e rinunzie.

I medici addetti ai corpi di truppa sarebbero paragonabili ai medici generici ed ai medici condotti — ottimi ed egregi professionisti, ai quali tanto deve la società e che hanno avuto sempre tale elevato livello culturale da dare sanitarii insigni: Augusto Murri viene appunto dalla classe benemerita dei medici condotti!

I medici militari addetti ai corpi di truppa per mantenersi al corrente dei progressi scientifici, dovrebbero essere inviati periodicamente presso i centri ospedalieri alla dipendenza dei primarii, sotto la guida dei quali si formerebbero altresì i giovani medici militari. Con questo concetto si potrebbe abolire la Scuola di Sanità Militare di Firenze, con altro non lieve vantaggio per lo Stato. E presso ogni Centro ospedaliero militare si potrebbero istituire altresì vere scuole per infermieri militari, classe che bisognerà costituire *ex novo* con elementi di carriera e non con individui scelti alla meglio e che vengono congedati per lo più quando qualcuno di essi ha incominciato ad imparare! Ed anche questo nuoce all'assistenza dei militari infermi!

***

«*E la carriera?*» si domanderà.

Ecco: potrebbe essere seguita in ruoli sempre separati dalle due distinte categorie, dei *medici militari degli ospedali* e dei *medici militari dei corpi di truppa*. Ma ciò non gioverebbe ai fini della maggiore cultura, basata sulla necessaria emulazione e stimolo a progredire. Invece si potrebbero lasciare i ruoli divisi, fino ai gradi superiori, equiparando le cariche dei primarii e dei medici capi di reggimento (di brigata o di divisione, qualora questi si istituissero) a quelli di maggiore o di tenente colonnello. Da questo grado in su le due carriere dovrebbero convergere al grado di colonnello direttore di ospedale, brigadiere generale, direttore di Sanità militare, generale medico, ecc., che implicano responsabilità e mansioni prevalentemente amministrative o medico-legali, possibili a qualsiasi medico militare pratico del servizio, con l'aiuto di elementi tecnici specializzati, che ne agevolerebbero i compiti, rendendoli superiori ad ogni

critica. L'avanzamento dovrebbe avvenire prevalentemente per merito, tenendo conto con giusto criterio della anzianità, prescrivendo concorsi per le ammissioni e concorsi per le promozioni. Con ciò si darebbe la facoltà ai medici dei corpi di far passaggio in qualunque momento della loro carriera al ramo ospedaliero.

I concorsi dovrebbero essere per titoli e per esami: ma — ben inteso — non esami come quelli che si richiedono secondo l'ancora vigente programma. Al solo leggerlo viene la pelle d'oca! Anatomia topografica e descrittiva, medicina operatoria, igiene, batteriologia, bromatologia, *le cliniche* (vale a dire tutto lo scibile medico-chirurgico!), regolamenti di amministrazione, casista sanitaria, ecc., ecc.

***

Queste le linee generali di un progetto, che è già un fatto compiuto quanto alla istituzione dei centri ospedalieri, mercè la sapiente organizzazione della Direzione generale di Sanità militare.

Ma perchè questi rimangano *vivi e vitali*, occorrerà provvedere al personale medico e di assistenza. Il nostro corpo sanitario in servizio attivo permanente ha già in sè numerosi ottimi elementi già specializzati; altri se ne aggiugeranno e se ne formeranno, purchè il Governo *voglia* avere nell'avvenire dei buoni medici militari ed un corpo sanitario all'altezza dei gravi compiti sociali e militari! Perciò, senza spendere molto, può giovare quanto si è detto, nonchè un più equo trattamento degli ufficiali medici, il cui stato merita (dopo le numero prove di abnegazione e di eroismo da essi date in pace ed in guerra contro il secolare nemico come contro morbi micidiali) di essere preso in seria e sollecita considerazione non solo per l'interesse dei singoli individui, ma per quello della collettività, in base ad una oculata visione della politica e dell'avvenire sanitario del nostro Paese.

X.

Sulla smobilizzazione dei medici.

Alla spettabile Direzione del *Policlinico*.

Molti medici militari, liberi professionisti (e che per ciò non possono godere del beneficio dell'esonero), desidererebbero sapere quali sono le recondite ragioni per cui la Sanità militare si ostina a tenere aperto così gran numero di ospedali da campo, da equivalere presso a poco a quello dei tempi in cui facevamo il massimo sforzo contro il nemico.

Il numero degli ammalati e sopratutto dei feriti è fortemente diminuito. Si mantengono ospedali in efficienza, riducendo a pochissimi (1-2 al mese) gli sgombri che prima vuotavano giornalmente o a giorni alterni gli ospedali.

Noi vorremmo che la Sanità militare, avendo presenti le necessità dell'Esercito, si preoccupasse anche un tantino delle finanze del paese (ogni ospedale preleva circa 30 mila lire al mese dal Commissariato per sole spese vive), e un poco anche dei legittimi interessi dei medici liberi: e permettessé così il congedamento di medici che hanno prestato chi sette anni di servizio militare (ad es. le prime categorie della classe 1882), chi almeno 3-4 anni, con grave nocumento del proprio avvenire.

Dott. M. A., capitano medico.

Per gli ufficiali medici della Croce Rossa in servizio presso l'esercito.

Caro Pangloss,

Un ufficiale medico della Croce Rossa a servizio della Sanità militare e che, dopo l'ultima concessione del Ministero della Guerra, potrebbe arrivare fino al grado di tenente colonnello per anzianità, come ogni ufficiale medico di complemento di qualunque provenienza, in realtà non ci può arrivare: perchè un articolo delle Norme d'avanzamento degli ufficiali C. R. prescrive che la promozione da maggiore a tenente colonnello possa farsi *esclusivamente a scelta*.

E così un maggiore medico, il quale ha l'anzianità voluta, se non è proposto *a scelta* dalle Autorità militari da cui dipende, non arriverà mai per anzianità a divenire tenente colonnello.

Ecco una patente condizione d'inferiorità degli ufficiali medici della C. R. alle dipendenze della Sanità militare rispetto agli ufficiali medici di complemento *non crociati*, con i quali condividono tutti gli oneri ed i sacrifici!

Lasciamo andare gli altri disagi morali e materiali (neanche il libretto di riduzione ferroviaria possiamo avere!) che gli ufficiali medici della C. R., assorbiti dalla Sanità militare, hanno sofferti durante la guerra rispetto ai medici militari effettivi e di complemento! Ma giacchè il Ministero ha concesso che tutti i maggiori medici di complemento possono essere promossi tenenti colonnelli per anzianità, perchè non abroga l'articolo che permette ai maggiori della C. R. di essere promossi soltanto a scelta? O perchè non obbliga le competenti Autorità a fare le proposte a scelta dei maggiori C. R., che entrano nei quadri d'anzianità, qualora le note caratteristiche non siano tali da far ritenere l'ufficiale impromovibile?

(4827)

Ecco, caro Pangloss, un'altra delle tante cause giuste, che Ella ha sempre preso a cuore a pro dei suoi colleghi, i quali saranno gli ultimi a riposarsi dalle fatiche che la patria ha loro richieste, e che son purtroppo anche gli ultimi a riceverne un qualsiasi compenso. E spero che Ella vorrà anche questa volta farsi sentire.

Abbonato 2236.

MEDICINA SOCIALE.

Provvedimenti igienico-sanitari nel dopo-guerra.

Continuiamo la pubblicazione degli ordini del giorno approvati dalla Sezione per l'Igiene sociale della *Commissione pel dopo-guerra.*

Tutela della maternità (relazione Mangiagalli).

La Sezione d'igiene sociale, udita la relazione sulla protezione della maternità, fa voti:

a) che con opportuni provvedimenti giuridici associati a provvedimenti d'indole sociale si ottenga la diminuzione degli aborti: di quelli criminosi, introducendo la ricerca della paternità e modificando la legge in quelle disposizioni che si riferiscono alla denuncia degli aborti criminosi; di quelli dovuti a cause patologiche, con opportuni ritocchi della legge sul lavoro delle gravide, colla estensione delle casse di maternità, con la vigilanza igienica intensificata delle fabbriche di tabacco, intensificando pure la lotta contro la sifilide e le malattie veneree, applicando rigorosamente la legge contro l'alcoolismo;

b) che si aumenti e si completi l'istruzione ostetrica delle levatrici e dei medici:

1° esigendo una maggiore coltura per l'ammissione delle allieve levatrice;

2° aumentando, distribuendo meglio nel Regno, le scuole pareggiate di ostetricia, elevandole d'importanza e di dignità, sottraendole alla ingerenza degli enti locali e rendendole organismi statali;

c) che si migliorino le Maternità provinciali, affidandone la direzione a specialisti provetti, facendole concorrere alla educazione ostetrica dei medici e delle levatrici, togliendo quanto di vieto c'è nei loro regolamenti, favorendo l'accettazione in esse in sezioni speciali, ovvero in asili di maternità che non abbiano alcun carattere confessionale, anche di gravide legittime, in ispecie quelle ammalate;

d) che si faccia obbligo ai medici ed a levatrici di frequentare corsi di perfezionamento ed a quest'ultime di tenere un registro di parti, col decesso e con gli esiti di questi, cosicchè possano essere ispezionati dalla autorità competente, facendo oggetto di speciale vigilanza le pensioni per gestanti;

e) che nelle grandi Maternità almeno e nelle Cliniche pediatriche si istituiscano sezioni di allattamento per i nati da madri ammalate, sviluppando le opere di prevenzione antitubercolare per i nati da madri tubercolari, che si favoriscano in ogni modo le *crèches* negli stabilimenti industriali, le *gouttes de lait,* le cucine delle gravide.

Per l'assistenza all'infanzia (relazione Tropeano).

La Sezione d'Igiene Sociale:

Conferma tutte le ragioni biologiche, morali, economiche, politiche e sociali per cui il problema della maternità e dell'infanzia è problema decisivo in rapporto ai supremi destini della Nazione, specie in rapporto alle conseguenze demografiche della guerra.

Constata come, ad eccezione di pochi centri, sia mancata in Italia, prima della guerra, ogni opera di assistenza e previdenza a favore della maternità e dell'infanzia, ogni lotta specifica contro l'alta mortalità infantile.

Afferma la necessità, che la invocata legge organica sull'assistenza sociale all'infanzia precisi, innanzi tutto, la figura del bambino da assistere, stabilisca unicità di indirizzo per tutti gli Enti d'Italia che devono svolgere tale assistenza e istituisca gli obblighi precisi dello Stato, delle Provincie, dei Comuni, degli altri Enti verso questa assistenza sociale;

che l'intervento legislativo debba avere inizio nei Brefotrofi, con riforme energiche, ma graduali e sistematiche che portino alla trasformazione di tali istituti, riforme basate sulla obbligatorietà dell'allattamento materno, sulla difesa dei figli delle nutrici, sulla ricerca della maternità e della paternità, sulla riforma di quegli articoli del Codice Civile e della Legge comunale e provinciale riflettenti la figura dell'esposto e la funzione dei Brefotrofi, sull'assistenza ai bambini bisognosi, in genere sulla coordinazione di tutti i servizi di assistenza e previdenza della maternità e dell'infanzia, sulla buona organizzazione di tutte le istituzioni esistenti, sulla creazione di nuovi importanti istituti, sulla creazione delle Federazioni provinciali che, lasciando tutte le iniziative pubbliche e private, si coordinassero per un sicuro e costante controllo da parte dello Stato, devolvendo all'Istituto della Provincia la principale funzione di tale assistenza;

che lo Stato intervenga con altre disposizioni tendenti a:

1° alla smobilitazione delle donne madri;

2° alla migliore sistemazione igieneo-sociale del lavoro delle donne:

3° alla municipalizzazione obbligatoria degli Asili infantili, in modo che i bambini dai tre a sei anni abbiano un'assistenza sicura ed igienica:

4° alla creazione di un centro tecnico direttivo, presso il Ministero dell'Interno - Direzione Generale della Sanità pubblica;

5° al vasto sviluppo delle cliniche pediatriche;

6° al maggiore sviluppo nell' insegnamento d'igiene sociale nelle facoltà mediche, alla istituzione di corsi d'igiene in tutte le facoltà, e corsi d'amministrazione e legislazione sanitaria nelle facoltà di giurisprudenza, istituzione di corsi spe-

ciali d'igiene nelle scuole medie e, specie nelle scuole normali.

Riconosce inevitabile l'intervento dello Stato anche per la parte finanziaria.

In modo che i fondi per la organizzazione, funzione e sviluppo di tutte le opere ed istituzioni per la difesa dell'infanzia dovranno, adunque, provenire:

a) dalle Amministrazioni provinciali;

b) dalle Federazioni provinciali;

c) dai Brefotrofi autonomi e dalle altre Opere pie congeneri;

d) dalle Amministrazioni comunali;

e) dalle Congreghe di carità qualora non siano dipendenti dai Comuni;

f) dallo Stato.

Fa voti che tale legislazione sia appunto redatta nella forma più ricca, più esplicita e più completa approvata ed applicata colla massima urgenza, dovendo essa rappresentare il gran piano generale regolatore per il sereno e sistematico sviluppo di tutte quelle opere e quelle istituzioni che devono assicurare l'armonia del forte, mirabile edifizio della nuova vita italiana.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7573) *Oneri del medico interino.* — Dott. A. C. da S. — Il medico interino è obbligato a pagare tutte le tasse locali che colpiscono coloro che risiedono nel Comune, giacchè egli, pel fatto della residenza, si trova nella identica condizione di tutti gli altri connaturali. Su lire 4015 di stipendio ricade la ricchezza mobile di lire 347.29, oltre l'aggio all'esattore che varia da Comune a Comune. Mancando di nomina regolare, non ha obbligo di inscriversi alla Cassa Pensioni e di pagare, quindi, il relativo contributo. Nel medico interino sussiste l'obbligo di pagare il contributo pel Collegio orfani di Perugia. Anche l'indennità cavalcatura, quando è pagata *à forfait*, è soggetta al pagamento della ricchezza mobile.

(7574) *Passaggio dei medici condotti allo Stato.* — Dott. M. B. da M. — Non risulta la voce da Lei raccolta di un probabile sollecito passaggio del servizio dei medici condotti allo Stato.

(7576) *Stabilità - Permanenza sotto le armi.* — Dott. D. G. da R. — In virtù del D. L. del 21 aprile 1916, n. 533, gli impiegati comunali e, quindi anche i medici condotti, dal giorno della chiamata alle armi non potevano essere licenziati essendo sospeso, per tutta la durata del servizio medesimo, il decorso delle nomine a tempo, dei periodi di esperimento e dei termini per il licenziamento. Il periodo da Lei trascorso sotto le armi non è, pertanto, computato nel biennio di prova, il quale, viceversa, è rimasto interrotto e sospeso durante il tempo in cui Ella ha prestato servizio militare.

(7577) *Pensioni.* — Dott. F. D. da C. M. — Avendo Ella già compiuti 25 anni di servizio tenuto conto dei cinque prestati prima della istituzione della Cassa, può anche ora liquidare la pensione. Calcolando i contributi plurimi pagati, come Ella dice, di secondo grado, liquiderà l'annua somma di lire 1065.26.

L'aumento del 30 % sullo stipendio concesso dal Consiglio comunale deve estendersi a tutti gli impiegati comunali e non vi è ragione per escludere da tal beneficio il medico condotto. Sarebbe opportuno che Ella rivolgesse contro la deliberazione consigliare relativa, analogo ricorso alla G. P. A.

(7579) *Esonero dal servizio militare.* — Dottor G. P. da L. — Se Ella ha ottenuto l'esonero dal servizio militare quale direttore della azienda agricola famigliare, non può intraprendere novellamente la carriera di medico condotto, senza decadere immediatamente dall'ottenuto esonero, che resterebbe senza causa e, quindi, ingiustificato.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. C. R. da M. B.:

Non è possibile definire il limite degli ordini che possono essere impartiti ad un soldato di Sanità, sia pure laureato in medicina e chirurgia, quando si stabilisca uno stato di animosità e rappresaglia tra lui ed i rispettivi superiori.

Prima quindi di assumere l'atteggiamento... *ostruzionistico* da Lei accennato, occorre tener presente che un soldato di Sanità può essere adibito ad umili servizii di *corvée...* poco piacevoli per un professionista.

Al dott. F. d. D. da M.:

Durante un periodo di indisponibilità, quale è quello in cui Ella si trova, non sono ammessi conferimenti di gradi.

Comunque, poi, il grado di ufficiale le venisse ora conferito, Ella non potrebbe reclamare lo stipendio di ufficiale come retribuzione del servizio prestato come semplice soldato, tanto più che Ella non ha avuto la nomina ad ufficiale non per errore del Ministero, ma per la mancanza da parte sua della domanda prescritta.

M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

Dal Comune di Norma (Roma) cercasi d'urgenza medico interino servizio generalità. Compenso mensile lire 500. Paese aria ed acqua eccellenti. Rivolgere istanza al Sindaco.

Medico-chirurgo provetto, 14 anni pratica, esperto infortunii, servizio condotta, offresi per imprese, stabilimenti industriali, istituti assicurazione o per buon interinato. Scrivere: A. Montù, Arizzano Alta (Novara).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

All'on. Leonardo Bianchi è stata conferita la medaglia d'argento dei benemeriti della salute pubblica, per la mirabile attività dimostrata nella sapiente organizzazione e nell'alta direzione dei servizi di profilassi di Stato, in tempi particolarmente difficili, come appartenente al Ministero sotto la presidenza di S. E. Boselli.

Il prof. Giorgio Roster è stato nominato emerito presso la Sezione di medicina e chirurgia dell'Istituto di studi superiori in Firenze.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Forlì Vasco in patologia medica a Pavia; Ollino Giovanni in patologia medica a Genova: Rossi Felice in clinica chirurgica e medicina operatoria a Torino.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Grand'Ufficiale: sen. prof. Bozzolo Camillo, Torino.

Ufficiale: prof. Trambusti Arnaldo, Genova.

Cavaliere: prof. Lugaro Ernesto, Torino.

Ordine della Corona d'Italia.

Grand'Ufficiale: on. prof. Bianchi Vincenzo, Napoli.

Commendatore: prof. Agostini Cesare, Perugia.

Ufficiale: prof. Tedeschi Ettore, Genova.

Cavalieri: prof. Bortolotti Ettore, Modena; prof. Cevidalli Attilio, Modena; prof. Terzaghi Roberto, Roma; dott. De Blasi Luigi, Palermo; dott. Traina Vincenzo, Palermo; prof. Staderini Rutilio, Catania; dott. Midulla Lorenzo, San Biagio Platani (Girgenti).

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

L'epidemia influenzale.

Riportiamo molta parte di una interessante intervista concessa dal direttore generale della Sanità pubblica, prof. Lutrario, al giornale *L'Epoca*, pubblicata nel numero del 18 gennaio corr.

Dalla seconda metà di settembre inclusa a tutto il 14 corrente, i bollettini telegrafici originali trasmessi giornalmente al Ministero dell'Interno dalle Prefetture del Regno, e che si riferiscono a tutti i Comuni d'Italia, fanno ascendere il totale delle perdite a 158.400.

La fase epidemica vera, la più grave e più estesa, incomincia alla fine di settembre, culmina in ottobre e declina rapidamente nella prima quindicina di novembre: un ciclo di quasi due mesi.

Quando sarà possibile un nuovo esame di tutti i dati, non è improbabile che il totale dei morti possa anche subire una certa diminuzione. In tempo di epidemia, infatti, la malattia dominante, spesso, fa le spese di molte altre malattie, persino di quelle fra le più comuni. Le cifre assai alte di mortalità, che pure trovano assertori autorevolissimi, sono imputabili ad una maniera di apprezzamento, comune a molte persone. Non pochi, infatti, tendono a generalizzare — nel tempo e nello spazio — quello che cade nell'angolo visuale della propria osservazione. In tal modo si potè arrivare a registrare un milione di morti ed anche più.

Qua e là nel paese si nota una certa riaccensione dell'influenza. Però, ad eccezione di qualche città, in generale il ridestarsi del fenomeno non ha avuto ripercussioni sensibili sulla mortalità. La quale, mentre in alcuni giorni dell'ottobre scorso si era persino avvicinata ai 3500 morti, ora si mantiene costantemente al disotto di 450 al giorno, in tutto il Regno.

A Roma, ad esempio, la mortalità media complessiva giornaliera — in tutto il territorio comunale, per qualsiasi causa, tutte le categorie di cittadini comprese, inclusi anche gli ospedali — oscilla fra sessanta e settanta. Non presenta, cioè, alcuna sensibile differenza col periodo di defervescenza epidemico.

Non solo, ma la stessa morbosità a Roma non ha raggiunto, forse, i limiti della passata fase epidemica. Ne è una prova il movimento negli ospedali della capitale, il vero barometro della situazione. Il movimento degli infermi si mantiene infatti in limiti quasi normali.

Per quanto alto sia il potere diffusivo dell'influenza, pure la malattia non attacca tutte le persone. Nelle riaccensioni suole prendere per lo più quelli che erano stati risparmiati durante la prima invasione e che quindi non erano immunizzati contro l'infezione.

Del resto, questa ripresa da noi non è che un riflesso di quello che è accaduto oltre monte e oltre mare. In tutti gli altri Paesi si è notato il ritorno della fase epidemica, favorita dalle eccezionali condizioni del momento, singolarmente propizio a manifestazioni morbose infettive che trovano, come l'influenza, alimento nel contagio diretto, per gli immensi, necessariamente indisciplinati movimenti di popolazione, anche di nuclei di questa, in particolari circostanze di diminuita resistenza organica, che caratterizzano il momento stesso.

Circa l'andamento dell'infezione all'estero, le notizie pubblicate sui giornali e i rapporti riservati pervenuti al Ministero consentono di ritenere che, in generale, le manifestazioni vi abbiano avute conseguenze più gravi che da noi. Si hanno descrizioni impressionanti di quello che è avvenuto in talune città straniere.

Il presunto ciclo evolutivo di circa due mesi è fondato su una lunga esperienza epidemiologica. Ma quando si parla di due mesi si intende riferirsi alla fase acuta, più grave dell'epidemia, non agli strascichi, che possono avere una durata assai più lunga.

Non si deve inoltre perdere di vista che il fenomeno si sposta capricciosamente da un centro ad un altro, da una ad altra provincia, il che concorre a deformare la linea del fenomeno, dando la impressione del suo indefinito prolungarsi.

Il piano delle misure di difesa esposto al Consiglio superiore di Sanità ebbe l'alto e pieno consenso del Consiglio, e non è dissimile sostanzialmente da quanto si fa anche negli altri Paesi.

Dovunque l'influenza ha fatto la sua comparsa, e specialmente nei paesi colpiti assai più gravemente del nostro, sono sorte iniziative e si sono affermate scoperte, a talune delle quali si sono anche assegnate virtù quasi taumaturgiche. La maggior parte di esse non ha resistito ad un primo sommario esame.

Ma non sono mancate indicazioni che sono apparse fondate su seri criteri scientifici e suffragate da buoni risultati pratici. Si è provveduto ad assicurare i prodotti che esse riguardavano, sieri e vaccini esteri e nazionali, incoraggiandone e favorendone la applicazione nelle migliori condizioni di garanzia scientifica. Dei tipi di sieri verso i quali le indagini compiute facevano rivolgere una

maggior fiducia, si è disposta la preparazione, che si va compiendo, presso i laboratori della Direzione generale della Sanità pubblica.

Quanto si è fatto e si sta facendo a tal riguardo, mentre ha dato risultati pratici che si debbono ormai accettare, apre anche la via a un raggio di luce e di speranza, verso nuovi orizzonti.

NOTIZIE DIVERSE

Denunzia delle malattie infettive.

Il Presidente dell'Ordine dei medici della Provincia di Roma ha diramato ai medici inscritti nell'Ordine la seguente circolare, in data 10 corr.:

« Dall'onorevole assessore del Comune di Roma viene segnalato a questa Presidenza il fatto che, da alcuni medici, si omette la denuncia, all'ufficio competente, delle malattie infettive; e si invoca l'intervento del Consiglio dell'Ordine perchè venga osservata questa prescrizione della legge.

Io sono sicuro che ben pochi saranno stati i colleghi che avranno dimenticato questo loro dovere; ad ogni modo mi permetto di rivolgermi anche alla S. V. Ill.ma per rammentarle, ove ce ne fosse bisogno, le tassative disposizioni della legge sanitaria, la non osservanza delle quali potrebbe non soltanto essere causa di infinite noie ai trasgressori, ma potrebbe anche arrecare grave nocumento alla pubblica salute.

È, sovratutto, in questi momenti, ed è ovvio che io ne richiami a Lei i motivi, che si rende indispensabile la più cordiale collaborazione, fra medici esercenti ed autorità preposte alla tutela dell'igiene pubblica: ed io ho fiducia che il corpo sanitario di Roma vorrà e saprà dare ad esse autorità tutto il suo intelligente e volenteroso aiuto. E sarà questo un nuovo titolo di benemerenza che i medici romani acquisteranno presso i loro concittadini ».

Una Missione americana per la tubercolosi.

è venuta in Italia per svolgere la sua opera sotto la direzione del Colonnello Robert P. Perkins, Commissario della Croce Rossa Americana per l'Italia. Si è insediata a Roma. È presieduta dal maggiore William Charles White di Pittsburg e dal maggiore R. H. Bishep; è composta di 38 specialisti sanitari e di un gran numero di segretari, stenografi, infermiere e altro personale.

Per l'assistenza alla maternità in Roma.

Il prof. Pestalozza in una lettera indirizzata a *L'Epoca* (16 gennaio) protesta contro la minacciata chiusura della Maternità di Trastevere e propone, per completare in un piano organico le opere di assistenza materna ospitaliera in Roma: 1° l'erezione di un grande Istituto di maternità esercita dalla Congregazione di carità, a Trastevere od ai Prati di Castello; 2° l'estensione ed intensificazione dell'opera benefica dell'Asilo Materno a vantaggio delle madri illegittime.

Ai centri cardiologici di Lione, Parigi e Londra.

Il nostro collaboratore ed amico prof. Giovanni Galli, direttore del Reparto speciale per militari cardiopazienti in Roma, parte in missione del Ministero delle pensioni per visitare i centri di cardiologia militare a Lione, Parigi e Londra, allo scopo di riferirne al Ministero stesso ed alla Direzione generale di Sanità militare.

ROBERTO CAMPANA

A 75 anni di età e dopo circa quarant'anni d'insegnamento, è mancato ai vivi in questi giorni il prof. Roberto Campana, ordinario di clinica dermosifilopatica nell'Università di Roma.

La morte è stata questa volta pietosa verso un uomo il quale visse unicamente, lo si può dire senza pecca di esagerazione, per gli studi e per la scuola e che, quando fosse stato costretto a lasciare l'insegnamento per i limiti di età, avrebbe certo trascinata l'ultima parte della sua esistenza in una solitudine morale che ai suoi occhi doveva parere più temibile dell'estremo trapasso.

Non è possibile riassumere in un breve cenno necrologico l'opera di quest'uomo che ebbe qualità complesse: ferrea volontà, cultura vasta, senso del dovere e spirito di abnegazione spinti fino al sacrificio.

Ebbe ancor giovane la cattedra di clinica dermosifilopatica di Genova dopo intenso tirocinio di studi presso il suo indimenticato maestro professor Tanturri di Napoli e nelle cliniche di Vienna ove giganteggiava ancora la figura di F. v. Hebra, il padre della moderna dermatologia.

Sono di quell'epoca i suoi più importanti lavori che gli assicurarono fama duratura, come quello sulle dermatosi neuropatiche e l'altro, classico, sulla lebbra. La scoperta del metodo di cultura del bacillo leproso è sua, e basterebbe essa sola a far porre il suo nome fra coloro che in questi ultimi decenni più contribuirono al progresso delle discipline mediche.

Chiamato a Roma nel 1893, dopo la morte di Casimiro Manassei, continuò nella sua opera instancabile di studioso e di maestro, prima nelle anguste sale del vecchio Ospedale di San Gallicano, poscia nel magnifico istituto al Policlinico Umberto I, che egli arredò *ex novo* nel modo più completo e moderno e fornì di una biblioteca della specialità che può dirsi la più ricca d'Italia.

Clinico valentissimo, perchè in lui l'esame coscienzioso dell'infermo veniva integrato da una cultura profonda che esorbitava di molto il ristretto campo della sua materia d'insegnamento, ebbe intuizioni veramente geniali, che sembrarono a volte persino troppo ardite: meritano a questo proposito speciale ricordo i suoi concetti sulla dermatite erpetiforme del Duhring che egli considerava come un eritema polimorfo, e la teoria, ritornataci poi d'oltre Alpe come roba nuova, sulla complessa etiologia del lupus eritematoso.

Socio fondatore e presidente per un biennio della Società dermatologica italiana, più volte presidente di onore nei varii congressi internazionali della specialità, fu tra i più diligenti membri della R. Accademia medica di Roma, delle cui sedute era frequentatore assiduo pigliando sempre la parola sulle più importanti questioni con tono che talvolta pareva aggressivo, ma che in lui era soltanto l'effetto del desiderio di animare le discussioni scientifiche, e sopratutto di addestrare i giovani alla rigorosa trattazione degli argomenti presi a studiare e di abituarli a meditare, a discutere ed a rispondere prontamente ad ogni fondata obiezione.

Scienziato ed educatore, intese la sua doppia missione in modo così elevato e con tale rigore, verso sè stesso prima che verso quelli i quali lo circondavano, che l'opera sua può ben venire additata come raro esempio di sacrificio e di rinunzia ad ogni cosa volgare per il raggiungimento di un nobile fine.

Nella vita fu un solitario: ebbe pochi amici ed ancor più scarsi seguaci perchè il suo carattere, severo nei modi, ma retto e buono nel fondo, non avrebbe mai tollerato il coro dei carducciani «pappagalli lusingatori».

Roberto Campana è morto povero, dopo aver ceduto in vita tutto il suo patrimonio agli ospedali di Roma, e questo non è il più piccolo elogio che possa farsi alla memoria di chi dedicò l'intera esistenza agli studi ed alla scuola; schivò onori e ricchezze che gli sarebbe stato facile cumulare nella sua altissima posizione e per la grande stima in cui era tenuto, e rifuggì dall'esercizio professionale non per eccesso di orgoglio o per misantropia, come i più credettero, ma per un sentimento elevato, encomiabile sempre se pur spinto forse alla esagerazione, della dignità di Clinico e Maestro, a cui faceva singolare contrasto l'umile modestia della vita privata.

Ora il suo corpo, macerato da una lunga esistenza di ininterrotto lavoro e di diuturni sacrifici, *humo tegitur;* ma i poveri che egli ha beneficato, i numerosi allievi, i colleghi e quanti poterono penetrare l'intimo del suo animo nobile, giusto, disinteressato, serberanno eterna nel cuore la memoria di Lui. V. MONTESANO.

Dopo aver compiuto gloriosamente il suo dovere in guerra, conquistando ripetute decorazioni al valor militare, il dott. MARIO NACAMÙ veniva ucciso da una malattia contratta in guerra e voluta stoicamente trascurare per prodigarsi alla cura dei feriti durante le ultime azioni che condussero alla vittoria.

Era tenente medico nel battaglione Antelao degli Alpini, che ha scritto pagine indelebili nella storia della nostra guerra. Ammalatosi, continuò a prestare la sua opera, attivissimo: dovette essere ricoverato quasi di autorità in un ospedaletto da campo, ai piedi del Grappa, in Crespano Veneto, ove si spegneva il 12 dicembre u. s.

Di lui ha detto il comandante del battaglione: «Il nome del tenente Mario Nacamù non sarà mai dimenticato dagli Alpini, che vedevano in Lui personificato il coraggio, l'abilità, lo spirito di sacrifizio, la calma serena, la saggia esperienza, virtù che rifulsero in Lui magnificamente, ancora una volta, nei combattimenti della vittoria finale, quando Egli tutto si prodigava per salvare i feriti e per la riuscita dell'azione». Ed i suoi commilitoni hanno così annunziata la sua perdita: «Con mirabile, stoico, generoso eroismo, trascurando ogni cura, affrontò prima l'inesorabile malattia e fece poi umile e glorioso sacrificio di ogni energia al supremo adempimento del proprio dovere».

Chi scrive, commosso, queste righe ricorda le qualità brillanti dell'ingegno e la versalità dello spirito che facevano emergere Nacamù tra gli allievi dell'Università di Pavia e lo circondavano della più affettuosa simpatia.

Alla famiglia, di cui Mario era l'adorazione, salga da queste colonne, conforto mesto, l'attributo vivo di sentimento, il rimpianto di chi aveva presagito bene del suo Caro e l'omaggio della Medicina Italiana, che ha perduto una assai promettente energia. V. ASCOLI.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, resp

Anno XXVI — Roma, 2 febbraio 1919 — Fasc. 5.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

L'esaurimento di un focolaio di trichinosi.

Dott. GUIDO VOLPINO, direttore
del Laboratorio batteriologico governativo
in Bergamo.

In un breve articolo pubblicato sul *Policlinico* (Sez. pratica, 1917) davo notizia di un piccolo e circoscritto episodio epidemico svoltosi nei mesi di gennaio-febbraio, circa 2 anni fa, in Bergamo e dovuto all'ingestione da parte di alcuni individui di carne macellata di un maiale nostrano, infetto da « trichina spiralis ».

Alcuni frammenti dei salumi, già sotto sequestro giudiziario, furono da me sottoposti all'indagine sperimetale intesa ad accertare la natura di quelle infezioni, sulle quali correvano allora i più disparati pareri tra i medici della città.

Il reperto positivo degli embrioni di trichina nei salumi, veniva perciò a dare fondamento di certezza scientifica alla trichinosi clinicamente supposta da taluno; mentre, d'altra parte, il reperto negativo delle ricerche batteriologiche, intese a dimostrare la presenza del b. botulino e dei paratifi tendeva ad escludere che nei quadri morbosi osservati avesse una parte importante la carne bovina.

Il primo risultato della presenza della trichina nei salumi veniva poi da me stesso ribadito

con l'esito pure positivo della ricerca delle trichine nei muscoli dei cadaveri di una donna e di un soldato morti con diagnosi clinica non precisata; ma che si pensava dovesse dipendere dall'uso di quelle carni che da me erano già state trovate infette.

Sebbene l'importanza epidemiologica e pratica di tali fatti, fosse limitata nello spazio e nel tempo ad un breve episodio locale; tuttavia la cosa meritava di essere segnalata nel mondo scientifico, essendo questa la prima volta che si poteva osservare un focolaio autoctono di trichinosi in Italia: dovuto cioè realmente ad ingestione di carne suina proveniente da bestia allevata e macellata in Italia. Dopo la constatazione di quel primo suino i cui salumi furono da me trovati trichinati; caso notevole anche per il fatto che l'animale era in vita con i segni della salute; ed oltre agli uomini colpiti (una ventina circa) potei annoverare: un cane su due catturati nel cortile istesso della casa (osteria) dove vennero consumati i residui delle carni fresche del maiale (cane che fu trovato infetto dal dottor Pizzini, ufficiale sanitario) e due topi (esaminati da me). Un terzo topo, pure da me trovato infetto, fu catturato nel macello pubblico, dove il maiale era stato ucciso e squartato. Infine venne più tardi constatato dal veterinario comunale un secondo caso di trichinosi in un maiale sano macellaio in un sobborgo di Bergamo (Valtesse) dopo circa due mesi dall'epoca della macellazione del primo suino. Il secondo maiale infetto, sebbene fosse stato macellato a Valtesse, tuttavia non vi aveva prima dimorato, ma proveniva dal paese di Serina, distante da Bergamo circa una ventina di chilometri.

Ora, il piccolo episodio è terminato definitivamente, perchè su parecchie decine di migliaia di campioni di carne suina e di muridi esaminati nelle provincie di Bergamo, di Milano, di Brescia, di Verona, di Udine, ecc., per cura della on. Direzione di Sanità del Regno non fu più riscontrato un caso di infezione nè nei maiali, nè nei topi.

Anche tra gli abitanti della città di Bergamo, oltre i primi casi del gennaio-febbraio 1917, non si ebbe più a deplorare alcun altro esempio di infezione trichinica.

Sarebbe interessante sapere se questa sia stata realmente la prima volta che la trichina abbia fatta la sua comparsa tra i suini ed i muridi in Italia: comunque è un fatto che di altre eventuali precedenti comparse non si ha documentazione sufficiente con carattere di certezza.

Ad es.: il dottor Lussana, primario dell'ospedale maggiore di Bergamo si ricorda di un episodio di Trichinosi svoltosi tra gli uomini in quel di Bergamo, nel 1875; ma anche qui fu impossibile avere documentazione certa sull'origine di esso. Per ciò che riguarda altri casi di trichinosi osservati in epoche diverse dai medici negli uomini in Italia, si sa essersi trattato di infezione contratta con l'uso alimentare di carni infette e conservate provenienti dall'estero, oppure trattavasi di persone infettatesi all'estero.

Per farsi un concetto esatto dell'origine del recente episodio si deve ora rammentare come si susseguirono i singoli fatti, e la topografia sommaria e la natura dei luoghi che ne furono il teatro.

Il primo suino trovato infetto proveniva dal Veronese, zona che non fu trovata infetta nelle indagini ordinate nel 1917 dalla Direzione di Sanità, nè nei suini, nè nei muridi.

Il suino trichinato da alcuni mesi era allevato ed abitava nell'ambiente di una osteria situata alla periferia della città in via Osio; osteria spesso frequentata anche da militari di passaggio.

Si è perciò pensato che detto maiale possa essersi infettato mangiando residui di carne infetta portata, ad esempio dal fronte di guerra da qualche militare, oppure da qualcheduno proveniente dall'estero, ove esiste endemica la trichinosi nei suini. Il fatto che questo primo indubbio episodio epizootico di trichinosi in Italia si è avverato durante un'epoca di guerra farebbe anche ritenere come giustificata tale opinione di un rapporto di esso con le passate circostanze del tutto anormali. È ormai noto infatti come i fatti epidemiologici seguano per molti aspetti in tempo di guerra andamenti diversi dalle altre epoche. Abbiamo poi il cane ed i due topi che furono trovati trichinosi nello stesso ambiente dove era il maiale, ma a qualche distanza di tempo (1-2 mesi dopo).

Questi altri casi possono essere spiegati, o col fatto di una contemporanea infezione dalla stessa causa che ha prodotto l'infezione del maiale; oppure con la infezione successiva nel momento in cui le carni dello stesso maiale macellato furono manipolate e consumate e i residui di esse abbandonati, oppure ammettendo come terza ipotesi una preesistente e più o meno antica infezione locale dei topi, comunicatasi poi al maiale.

La prima ipotesi non si può scartare in modo assoluto; ma è resa poco probabile dal fatto che mentre nelle carni salate del suino trovai gli embrioni delle trichine tutti bene incistidati (la salatura datava da poco tempo al momento dell'esame microscopico da me eseguito) invece nei muscoli del cane e dei topi esistevano ancora molti embrioni liberi, o non ancora bene incistidati: fatti questi che fareb-

bero ammettere l'infezione del cane e dei topi come di data più recente di quella del suino.

Per questa ragione io propendo piuttosto a credere che il cane ed i topi si siano infettati nello stesso modo e negli stessi giorni nei quali vennero infettati gli uomini che poi ammalarono; mangiando, cioè, le carni macellate di fresco del suino.

Anche per l'infezione di un terzo topo che venne catturato fra molti altri nell'ambiente del macello pubblico e fu trovato pure da me trichinato si può ammettere facilmente la stessa spiegazione; in quanto che fu appunto nel macello che la scrofa infetta fu uccisa e squartata. Ivi frammenti di lardi furono anche trovati rosicchiati dai topi.

La terza ipotesi, alla quale accennai sopra, che, cioè i topi fossero stati in un tempo X infetti e poi essi avessero infettato il suino, sorgente a sua volta delle infezioni umane, secondo me dovrebbe essere abbandonata:

1° per la esclusiva constatazione di due soli topi su più che 300 da me solo esaminati nel solo punto ove venne trovato il maiale infetto e dove le sue carni furono consumate e conservate e di un terzo topo nel macello pubblico, ove il detto maiale fu ucciso e squartato;

2° per la distanza di tempo in cui vennero fatte queste constatazioni dall'uccisione del suino e cioè dopo 1-2 mesi: periodo di tempo che corrisponde all'evoluzione della malattia nell'organismo animale;

3° per l'assenza di ogni altro reperto positivo a Bergamo, nei mesi seguenti nei quali gli esami furono pure continuati;

4° per l'assenza di ogni altro focolaio di trichinosi nei topi in altre parti di Italia ove pure tali esami vennero poi praticati;

5° per la apparente recente infezione dei tre topi, che, come già si disse, fu dimostrata dall'esame microscopico, per la presenza di embrioni del parassita ancora liberi.

Riguardo poi al secondo suino trovato infetto dopo circa due mesi dal primo e che dimorava a Serina e fu macellato a Valtesse, si seppe che era pure nato a Serina e non era mai stato mosso. Circa l'origine di questo 2° caso nel maiale si può rimanere un po' più dubbiosi: se esso cioè provenisse geneticamente dal primo, data la distanza maggiore che separa Serina da Bergamo (circa una ventina di chilometri). Tuttavia, bisogna tenere presente il fatto che anche questo secondo caso era in quel di Bergamo, nonchè le frequenti comunicazioni di Serina con il capoluogo di provincia e di questo con quella e che anche qui — nelle carni del suino al microscopio — l'infezione sembrava abbastanza recente (presenza di embrioni liberi) e che inoltre in nessun altro luogo di Italia, nonostante le più insistenti e diligenti ricerche ordinate dalla Direzione di Sanità vennero trovati altri suini infetti. Viene quindi del tutto giustificato il concludere che l'infezione di questo secondo suino, nella peggiore ipotesi, fu contemporanea a quella del primo suino ed allora fu determinata dalla stessa causa che produsse questa, magari dalle stesse persone passate da Bergamo a Serina, o da Serina a Bergamo e abbandonarono tanto là come qui del materiale infetto; oppure fu consecutiva e prodotta da materiale proveniente dal 1° maiale e portato a Serina da qualcheduno nei giorni che seguirono la macellazione.

La infezione trichinosa degli uomini e delle bestie (2° maiale, 1 cane, 3 topi) dipese dunque secondo ogni probabilità, unicamente dall'essere state mangiate le carni fresche del 1° maiale dopo la macellazione.

Questa conclusione ha carattere di maggiore certezza per il cane ed i topi; ma è probabile anche per il 2° suino.

Comunque esiste un altro argomento del massimo valore per escludere che i topi siano stati infettati in precedenza e abbiano poi diffuso l'infezione ai maiali: questo altro argomento è dedotto dall'esperimento biologico da me eseguito e del quale ora darò un breve cenno.

Al momento infatti della constatazione dei 2 topi trichinosi nella osteria di via Osio io tagliai via con le forbici una buona metà del corpo di una di queste due bestie uccise e la misi ancora fresca in una gabbia ove erano rinchiusi otto ratti (*mus decumanus*) catturati nella canalizzazione sotterranea della città. Orbene, dopo un mese da che questi ratti avevano mangiato indubbiamente e generosamente della carne del loro simile, stavano bene ed erano vispi. Essi furono perciò sacrificati ed esaminati con ogni diligenza i loro muscoli, specialmente gl'intercostali ed i diaframmatici e trovati perfettamente liberi da larve di trichina.

Questo esperimento avrebbe dunque dimostrato che i topi infetti non erano però infettanti per altri topi. E non erano infettanti nonostante la infezione abbastanza grave che essi avevano come apparve al microscopio e non ostante la indubbia presenza di campioni del verme incistidati (come ho detto vi erano però anche molti esemplari di larve libere (1).

Si deve dunque ritenere che il *mus decuma-*

(1) Per spiegare la non infettività delle carni del topo infetto per gli altri topi non si può invocare il modo dell'uccisione del topo infetto per qualche veleno, essendo esso stato ucciso con un colpo.

nus italiano possa infettarsi di trichina da un altro animale, ma non possa trasmettere a sua volta l'infezione ad altri animali?

Oppure nel passaggio attraverso l'organismo dei maiali di razza italiana il virus si attenua gradatamente in modo che dopo uno o due passaggi attraverso al corpo di altri animali esso perde la sua proprietà di trasmettersi? Per decidere queste quistioni così importanti anche per la nostra economia nazionale, sono evidentemente necessari esperimenti più ampi che l'illustre prof. sen. B. Grassi per la sua specialissima e chiarissima competenza di zoologo è stato chiamato a fare dalla on. Direzione di Sanità del Regno.

Molto interessante mi sembrerebbe pure l'indagare il meccanismo di questo attenuarsi del virus trichinico attraverso il corpo del maiale o del ratto italiani. Queste indagini io avevo in animo di fare, ma mi mancò sul più bello il virus. Io mi domandavo appunto se non si potesse ammettere un'azione del plasma sugli embrioni; ovvero un difetto nella formazione delle cisti per parte delle fibre muscolari invase dal parassita, così che questo rimanesse più facilmente attaccabile dal succo gastrico del nuovo ospite.

Nell'attesa che tali interessanti problemi siano risolti *mi sia però permesso di rilevare come le presenti osservazioni di trichine abbiano dimostrato che sebbene l'immunità naturale per la trichina degli animali di razza italiana (suini o muridi) non possa fin da ora ritenersi scientificamente come assoluta, ma soltanto relativa; d'altra parte i miei esperimenti tendono a dimostrare che non esistono le condizioni per il propagarsi in Italia di questa infezione.*

Aggiungerò ora per ultimi i risultati di altri due esperimenti intrapresi con i salami trichinati del primo suino.

Un esperimento con detta carne fu eseguito dandone da mangiare un frammento di circa 2 grammi a due cavie. Si trattava di carni prelevate da un salame preparato circa un mese prima. Ora si sa che questo tempo non è sufficiente ad attenuare apprezzabilmente la virulenza delle trichine. Invece le due cavie, uccise dopo un mese e mezzo furono trovate libere da trichine, mentre è nota a tutti l'alta recettività delle cavie per la trichina. Un altro esperimento analogo fatto sul *mus decumanus* nostrano con la stessa carne, ma più vecchia di qualche mese ebbe pure esito uguale, qui però più facilmente spiegabile col consueto attenuarsi del virus per opera della salatura.

L'esperimento precedente invece eseguito sulle cavie con virus salato solo da un mese potrebbe anche dimostrare che si trattava di un virus particolarmente sensibile di fronte alla salatura.

In ogni caso non si potrebbe invocare per spiegazione di questa debolezza del virus suino il fatto di un lungo soggiorno del parassita nelle carni del suino stesso, essendo ciò impossibile perchè questo non aveva più di un anno di età.

In apparente contrasto con il risultato negativo dei miei esperimenti di infezione dei ratti e delle cavie mediante la carne trichinosa, stanno le esperienze eseguite con esito positivo di infezione dall'egregio collega prof. Cagnetto dell'ospedale di Venezia. Il Cagnetto è infatti riuscito con materiale proveniente da Bergamo e speditogli dall'egregio prof. Balpi, medico provinciale, ad ottenere la trichinosi sperimentale nei conigli, nelle cavie e nei ratti. Ma quando io ebbi dallo stesso Cagnetto alcuni pezzi di musculatura di cavia, ove molti erano i parassiti e diedi questi frammenti di carne trichinata a mangiare ai topi (4 topi), non uno si ammalò di trichina. Eppure ognuno di questi topi aveva mangiato abbondantemente per potersi infettare. Che cosa concludere? La dose iniziale adoperata dal Cagnetto per infettare i suoi animali era forse stata molto grande: non essendo impossibile che fra tanti embrioni di trichina nelle carni suine originariamente infette solo molto pochi fossero in grado di attecchire nei nuovi ospiti. Comunque il ripetuto esito negativo delle mie non poche prove eseguite con quantità abbastanza grandi di materiale parassitario, continua a dimostrare che se detto materiale non era privo del tutto di virulenza, tuttavia ne aveva molto meno di quella che ordinariamente gli si attribuisce.

L'osservazione epidemiologica concordando poi pienamente con detta conclusione ne deriva che si deve ritenere come del tutto giustificata la fiducia che le nostre autorità sanitarie mantengono al riguardo della carne suina nostrana come materiale commestibile indenne da trichinosi. Infatti l'episodio di cui si discorre nella presente nota ha dimostrato, che anche quando, come per le eccezionali circostanze in cui ci siamo trovati due anni or sono, la trichina riesce ad introdursi in uno dei nostri suini, tosto perde la sua vitalità.

Pubblicheremo prossimamente:

U. DARETTI: *Cura dei fratturati con gli apparecchi Pécharmant;*

A. FERRI: *Frattura da strappamento;*

T. GIORDANO: *Sulla tecnica della toracentesi e pneumotorace artificiale;*

A. NICOTRA: *Le iniezioni endovenose di chinino nella malaria;*

V. SALVO: *Contributo alla chirurgia cranica.*

NOTE E CONTRIBUTI.

Sull'immunità post-influenzale

per il dott. DOMENICO FALCIONI,
medico condotto del Comune di Roma.

Su questo periodico ne ha fatto oggetto di una nota speciale il maggiore medico Scoccia e le sue conclusioni circa l'esistenza di una immunità post-influenzale sono apparse molto opportune perchè collimano con quelle alle quali sono giunti molti altri studiosi.

La questione a nostro parere potrebbe oramai dirsi risolta, oltre che per le osservazioni che sono state pubblicate in merito e per una infinità di circostanze che non possono essere mancate a chiunque abbia assistito allo svolgersi dell'influenza in una data zona, dal modo stesso di comportarsi di questa malattia la quale, mentre perdura nei grandi centri, presentando però un numero sempre minore di casi, per il solo fatto che la maggior parte degli individui sono stati immunizzati nelle precedenti invasioni, è cessata nei piccoli, nei quali, come è ovvio ammettere, il numero degli individui recettivi per esserne scampati, non può essere infinito come nelle grandi città.

Ma siccome nei trattati più pregevoli d'igiene e di patologia si legge che l'influenza non lascia immunità, e che anzi molti, durante una stessa epidemia, la contraggono ripetutamente e siccome — tanto più che l'influenza può confondersi con svariate affezioni reumatiche — non tutti possono aver avuto campo di stabilire con assoluta certezza l'esistenza di una immunità post-influenzale, non crediamo ancora inutili dei contributi di osservazioni in merito.

Essendo passata quasi inosservata nella zona compresa nella stazione sanitaria Portuense, dove prestiamo l'opera nostra, l'epidemia di influenza che si è avuta in Roma nel maggio-giugno scorsi, non ci è stato possibile, come hanno potuto altri, stabilire nulla in fatto di immunità post-influenzale coi colpiti in detto periodo.

Perdurando però l'epidemia, dopo una vera esplosione di casi che avemmo sui primi di ottobre, nei mesi consecutivi; avendo anzi presentato, dopo una quasi cessazione, una notevole recrudescenza nel decembre, recrudescenza in relazione a nostro parere coll'apertura delle scuole che rappresentano come oramai è universalmente riconosciuto, la principale fonte di diffusione delle malattie che si contraggono per contagio diretto, il potere immunizzante dell'influenza non ci poteva apparire più chiaramente.

Abbiamo infatti potuto constatare che chi aveva contratto la malattia non ne è più rimasto vittima rilevandolo fra singoli individui, fra persone viventi in gruppi, militari, detenuti, ecc., fra i quali dopo la prima invasione non abbiamo osservato altro che casi isolati fra i nuovi arrivati, e meglio ancora fra coloro i quali, pur assistendo continuamente malati, per esserne stati colpiti non si ammalavano più; proprio il contrario di quanto avevamo osservato in antecedenza quando in quelle medesime circostanze li vedevamo invece cadere infermi l'uno dopo l'altro.

E abbiamo inoltre assai nettamente potuto rilevare, data la caratteristica diffusione per famiglie dell'influenza, che nella riacutizzazione, unicamente quelle persone che si erano salvate nell'ottobre venivano colpite.

Ciò che poi ha richiamato maggiormente la nostra attenzione sulla questione dell'immunità post-influenzale e che ci ha offerto l'occasione della presente nota è stato quanto abbiamo potuto osservare in proposito nell'epidemia dell'orfanotrofio calabro-siculo situato sulla via Portuense.

In questo istituto, rimasto immune dall'influenza fino al 2 gennaio del corrente anno, in 3 o 4 giorni su 120 bambine ivi ricoverate ne ammalarono 100.

La diffusione della malattia fu tanto rapida che solo nel primo giorno, essendosi potuto procedere all'isolamente delle colpite, si sono venute a trovare tutte nelle medesime condizioni di contagio.

Orbene, delle 20 rimaste immuni: 16 sono appunto tutte le bambine orfane di padre e madre a causa dell'influenza in detto istituto ricoverate, 2 sono bambine che essendosi trovate nell'ottobre nell'ospedale di S. Giovanni l'una, di S. Gallicano l'altra ne avevano anch'esse sofferto; 2 sono rimaste apparentemente immuni.

Ci è sembrato così eloquente, così dimostrativo l'andamento dell'epidemia influenzale nell'orfanotrofio calabro-siculo in riguardo alla questione dell'immunità post-influenzale, ci è sembrato che abbia quasi assunto il carattere di una vera prova sperimentale, da meritare di essere resa di pubblica ragione.

È in base quindi alle più accurate osservazioni che ci è dato concludere che l'influenza lascia immunità consecutiva, ma non ci autorizzano certo esse a stabilire se questa sia veramente assoluta.

Ci darebbe affidamento ad ammetterla il fatto comunemente osservato della minore percentuale degli anziani fra i colpiti potendo la loro resistenza essere collegata ad immunità acquisita durante anteriori epidemie.

(5)

In ogni modo *il potere stabilire che esiste anzichè una disposizione a contrarre nuovamente l'influenza una immunità dopo tale malattia* è già molto perchè si tratta di una questione che oltre ad un interesse scientifico, ne presenta uno pratico di grandissimo valore, quello cioè di permetterci di assicurare le popolazioni, allarmate dalla gravità di un tal morbo, che se anche durerà a lungo o si ripresenterà in quei luoghi dove è già scomparso, non ci farà assistere più a delle stragi ma solo a casi isolati, limitati cioè a coloro che non ne sono stati mai colpiti.

20 gennaio 1919.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La forma prolungata dell'endocardite maligna.

(VAQUEZ. *Archives des maladies du cœur*, ecc., agosto 1918).

La conoscenza clinica della forma lenta dell'endocardite maligna non è recentissima; l'indagine bacteriologica solo in questi ultimi anni (dal 1910 in poi) ha rischiarato l'etiologia. Le prime descrizioni del quadro morboso rimontano al 1881-82 (Jaccoud, Litten, Leyden); notevole contributo portò con pregevoli memorie l'Osler (1885-1908); Schotmüller, Jochmann, Löhlein descrissero dal 1910 in poi l'agente morboso.

Vaquez afferma che, nella maggior parte dei casi, la malattia sorge in soggetti portatori di una vecchia lesione cardiaca, predilige soggetti giovani, sopravviene o senza causa apparente o talora in seguito ad una malattia banale, come un attacco d'influenza, una tonsillite, ecc.

L'inizio è subdolo: senso di prostrazione, elevazioni della temperatura accompagnate da leggeri brividi, dolori diffusi nelle membra e nelle articolazioni. L'esame dei malati in questo periodo dà ben pochi utili resultati; una febbre irregolare nella maggior parte dei casi, in generale continuo-remittente, può presentare vere intermittenze, ed anche tregue di qualche giorno; solo raramente essa è molto moderata ed in qualche caso eccezionale manca (O'Donovan); in più l'esistenza di un vizio valvolare, che rimonta ad un reumatismo articolare sofferto, e che sembra sul principio non rappresenti altro se non una coincidenza. Le diagnosi più svariate sono ventilate in generale durante questo periodo: influenza, tifo, paratifo, malaria, melitense. Eppure dopo qualche tempo, dinanzi alla curva febbrile che presenta la caratteristica della irregolarità, in presenza di una lesione valvolare, la diagnosi si impone per un'endocardite infettiva a forma lenta.

Dopo un tempo variabile la milza si ingrandisce, dolente, talora anche il fegato. Non raramente si hanno manifestazioni cutanee, porpora, chiazze di eritema, nodi di eritema passeggeri e dolorosi, che compaiono a *poussées* in numero di 4-5 per volta, e scompaiono in due o tre giorni; tali nodi, secondo Osler, hanno sede frequentemente sul polpastrello delle dita delle mani e dei piedi.

L'esame del cuore non offre indicazioni particolari; il pericardio non è mai colpito.

Ma nel corso della malattia, che presenta episodi di aggravamento e di miglioramento, compaiono sintomi legati all'apparato cardiaco, e sintomi generali che chiariscono la natura della malattia: embolie, ed anemia grave.

Le embolie, precoci o tardive, colpiscono sia le arterie viscerali, che quelle degli arti; le più comuni sono nel dominio dell'arteria splenica e danno come segni il dolore e la tumefazione della milza; nelle renali (ematuria), nelle mesenteriche (dolori colici e diarrea sanguinolenta). Le embolie periferiche, se occludono un'arteria di una certa importanza, provocano la gangrena secca del segmento di arto corrispondente, compaiono spesso sui polpastrelli delle dita determinando la produzione del segno di Osler.

Alle embolie possono seguire delle ectasie arteriose, che sono per lo più un reperto dell'autopsia, senza sintomi clinici durante la vita.

L'anemia nel decorso dell'endocardite lenta assume un peculiare carattere di gravità, fino a raggiungere talora il quadro dell'anemia perniciosa: il colorito della cute diviene cereo, le mucose si scolorano, compare un lieve subittero; si hanno palpitazioni, lipotimie, crisi sincopali.

Le emazie scendono fino a 1,800,000-2,000,000; l'emoglobina raggiunge un tasso bassissimo, ma proporzionalmente più elevato dei corpuscoli rossi; esiste però il più delle volte un numero di leucociti che sorpassa la media normale, e talora una netta leucocitosi (fino a 20 mila).

Nell'esame dei preparati di sangue si posson riscontrare segni di reazione midollare (normoblasti, mielociti, ecc.).

Il corso della malattia è lento, da 4-5 mesi ad un anno ed anche più; la morte è l'esito

ordinario. Sono però segnalati casi di guarigione (Latham, Hunt, Jochmann, Long) eccezionali, guarigione s'intende dello stato settico, con vizio cardiaco residuante.

L'autopsia rivela in corrispondenza delle valvole e sopratutto della mitrale, vegetazioni di volume ineguale e di età differente, molli, fibrose, calcificate: non ulcerazioni, non necrosi, non perforazione delle valvole. Il miocardio è sano, al più si possono notare alterazioni limitate alla zona sotto endocardica, infarti frequenti della milza, del fegato, dei reni. Löhlein e Baehront insistono su peculiari lesioni parcellari dei reni, irregolarmente distribuite nel parenchima renale e consecutive a trombosi, limitate a qualche capillare glomerulare.

Infine sulle arterie oltre alle comuni tromboembolie si può trovare una ectasia da trombosi.

L'etiologia dell'endocardite maligna lenta, dopo i lavori di Osler va acquistando un carattere di unicità, ogni giorno confermato.

Osler, Schotmüller, Jochmann, Mayor, Liebman, Kimella, Debré hanno potuto coltivare uno streptococco, che ha particolari proprietà biologiche e culturali e che è stato chiamato *mitis* o *viridans*. Per la cultura Debré consiglia di raccogliere 20 cmc. di sangue dalla vena del gomito e di distribuirne 15 in due palloncini contenenti rispettivamente l'uno 200 cmc. di brodo glicosato al 2 %, l'altro 200 cmc. di un mezzo culturale così costituito: 40 gr. di peptone, 5 gr. di ClNa, 2 gr. di glucosio per litro. Gli altri 5 cmc. sono distribuiti in due capsule di Petri, di cui una con agar glicosato, nell'altro il mezzo solidificato: il prelevamento del sangue va fatto durante gli accessi febbrili.

Lo streptococco dell'endocardite lenta nasce stentatamente sui terreni comuni, non è patogeno per gli animali di laboratorio, coltivato su agar sangue le colonie assumono un colorito verdastro, che ha dato il nome di *viridans* al germe.

Sebbene lo streptococco dell'endocardite maligna lenta sia innocuo per gli animali di laboratorio, Detweiler e Robinson sono riusciti a riprodurre nei conigli l'endocardite maligna iniettando all'animale emulsioni batteriche di cultura proveniente da tali malati, emulsioni alle quali essi aggiungevano un irritante meccanico. Ma negli animali si determinava oltre che una endocardite ulcerosa, anche una pericardite, quali nel malato non si riscontrano mai.

Sebbene ancora l'ultima parola non è detta a proposito dell'unicità dell'etiologia dell'endocardite lenta, allo stato attuale delle cose si può affermare che nella maggior parte dei casi si coltiva lo *streptococcus mitis* o *viridans*. *t. p.*

Forme cliniche dell'edocardite maligna ad evoluzione lenta.

(R. DEBRÉ. *Paris médical*, 19 ottobre 1918).

Oltre al comune ben noto decorso dell'endocardite maligna ad evoluzione lenta, esistono delle forme cliniche anomale, le quali differiscono in molti elementi dalla classica e che è utile conoscere per gli scopi diagnostici: di esse si occupa l'autore.

Forma apirettica. — Nelle forme comuni di endocardite lenta erano già descritti casi in cui delle tregue di apiressia più o meno prolungate si intercalavano ai periodi febbrili. Pineau per il primo ha descritto una forma di endocardite « caratterizzata dall'assenza totale di febbre, dall'apiressia più assoluta, dal principio alla fine della malattia ». Godonnèche nel 1896 ha osservato un caso di endocardite lenta apirettica; altro caso è ricordato nella tesi di Bergenstein, basandosi su una osservazione del servizio di Jaccoud. Il Debré pensa che prima di concludere per l'esistenza di una forma di endocardite lenta assolutamente apirettica in tutto il suo decorso, bisogna avere saggiato la temperatura parecchie volte durante il giorno e durante la notte per un lungo periodo di tempo, per evitare che delle ipertermie fugaci sfuggano all'osservazione.

Forma anemica. — Uno dei segni dell'endocardine lenta, più o meno marcato, è l'anemia: essa talora assume tale importanza che il Debré crede opportuno farne una forma speciale: in questi malati si nota una anemia intensa, febbre leggera con polso frequente, splenomegalia dolorosa, astenia profonda, spesso diarrea e dimagramento. I sintomi cardiaci compaiono tardivamente; l'esame del sangue rivela diminuzione notevolissima dei corpuscoli rossi, fino ad un milione e mezzo per millimetro cubico, reazione mieloide con presenza di mielociti nel sangue, resistenza globulare leggermente aumentata: si deve concludere che una sindrome di anemia perniciosa completa può essere causata dall'endocardite maligna a corso lento.

La *forma emorragica* è caratterizzata dalla comparsa di emorragie e specialmente di una porpora cronica emorragica. Un caso tipico è quello descritto dal Parkes Weber, riguardan-

te un giovane soggetto, che, durante due anni, presentò, oltre ai segni di una anemia progressiva, epistassi, porpora gengivale, con stomatorragie, emorragie retinee ed ematuria.

Di una *forma pseudo-palustre* si può parlare quando gli accessi febbrili hanno i caratteri dell'accesso malarico con forti brividi e con sudore. In verità la maggior parte delle endocarditi lente, in uno dei periodi del loro decorso, è spesso confusa con la malaria, specie nei luoghi in cui l'infezione è endemica.

La *forma dolorosa* è caratterizzata dalla comparsa di dolori improvvisi con localizzazioni le più svariate; di alcuni dolori non si riconosce la causa, poichè l'esame della regione suole essere negativo, ma spesso si vedono comparire delle emorragie capillari (sottoungueali, ecc.) che verosimilmente costituiscono la base anatomica della sindrome dolorosa. I dolori in generale sono di breve durata, vaganti, possono comparire in qualunque parte del corpo.

Lenharz ed Horder hanno pubblicato un caso della malattia, nella quale i segni cardiaci mancavano completamente e per lungo tempo: la diagnosi di questa *forma silenziosa*, come la chiama il Debré, è delicata e punti di appoggio sono la emocultura con la dimostrazione di uno streptococco, la comparsa di emorragie cutanee, il complesso sintomatico.

Delle *forme fruste*, che sono molto vicine alla silenziose, d'ordinario è difficile la diagnosi in vita: l'endocardite vegetante è una sorpresa dell'autopsia; durante la vita i malati, che presentano artropatie multiple, soffrono di dolori a localizzazioni multiple, presentano albuminuria e *poussées* febbrili passeggere, spesso hanno eruzioni di porpora, che sono qualificate per porpora cachettica, finiscono per soccombere per embolia cerebrale.

Alcune forme latenti hanno *un esito letale fulminante*, in rapporto con la insorgenza di un episodio mortale come l'emorragia cerebrale, l'edema acuto del polmone, ecc.

Talora l'affezione articolare assume, in casi di endocardite lenta maligna, un peculiare aspetto di *reumatismo cronico doloroso* ed anchilosante; in un malato dell'A. i dolori articolari datavano da più di un anno, dolori intensi che impedivano qualsiasi lavoro ed anche il cammino, le articolazioni ingrossate e deformate, versamento articolare e infiltrazione dei tessuti periarticolari. Nel corso della malattia l'atrofia muscolare divenne notevole, l'esame obbiettivo completo permise di fare la diagnosi di endocardite maligna ad evoluzione lenta.

Claude ha descritto in un suo malato una *forma nervosa* della malattia: in essa si possono avere le più svariate sindromi obbiettive, dovute ad infarti emorragici nei centri nervosi (emiplegia, paralisi alterne, ecc.) oltre a sintomi psichici che possono predominare nel quadro della malattia.

Oltre a queste forme cliniche con le quali può manifestarsi la malattia, l'A. crede che in un prossimo avvenire si potranno distinguere delle varietà in rapporto e con la localizzazione della lesione (endocardite parietale trombotica, aneurisma del cuore, ecc.) e con la varietà del germe che può determinare la malattia, al di fuori dello streptococco *viridans* (pneumococco, bacillo di Pfeiffer, ecc.).

Lo studio clinico di queste varietà dimostra quanto talora la diagnosi possa essere difficile, e come, oltre all'esame obbiettivo completo ed accurato, sia necessario praticare l'emocultura e possibilmente a più riprese.

t. p.

CHIRURGIA.

La chirurgia del rene doppio.

(FOLNQ e DAVIS. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, luglio 1918).

Gli AA. premettono la storia del loro paziente, un uomo di 51 anno che si lagnava da 10 anni di dolori accessuali alla regione renale e nel quale fu fatta coll'esame coi raggi, col cateterismo degli ureteri e colla pielografia con soluzioni di torio al 15 %, diagnosi di « Uretere sinistro bifido, con pelvi e rene doppio, e con un calcolo incuneato nella metà superiore. La metà inferiore del rene probabilmente normale. Il rene destro normale ». La diagnosi venne confermata dal reperto operatorio.

L'intervento consistè nel resecare la parte superiore del doppio rene sinistro che era formata da una sottile parete fibrosa, contenente un grosso calcolo racemoso. L'uretere corrispondente a questa metà superiore venne reciso e legato a ½ cm. al disopra del punto di biforcazione. Il decorso postoperatorio fu buono e la guarigione completa.

Frequenza e importanza chirurgica delle anomalie dei reni. — Le anomalie dei reni sono molto più comuni di quel che generalmente si creda e di questi reni anormali se ne rinviene un gran numero che sono sede di processi morbosi. Botez su 51,504 autopsie riscontrò il rene a ferro di cavallo con una frequenza di 1 su 715, mentre in 1000 interventi chirurgici sulle vie orinarie lo riscontrò con

una frequenza di 1 su 143. Naumann su 10,177 autopsie riscontrò alterazioni grossolane del rene con una frequenza dell'1 %. Anche le anomalie dei vasi renali sono molto frequenti; Papin in più di 600 autopsie trovò due arterie renali nel 20 % dei casi. Per notizie più complete su questo argomento gli AA. rimandano il lettore al lavoro di Adrain e Lichtenberg, comparso sullo *Ztschr. f. Urol. Chir.*, 1913.

Sono sorprendentemente comuni i casi di rene doppio con pelvi e uretere doppi. Le statistiche di Poirier, Wagner, Bostroem, Weigert e Korr concordano nel concludere che si riscontra all'incirca nel 3 % degli individui. Ognuno che si occupi di urologia, quindi, è sicuro di riscontrare questa anomalia e dovrebbe esser pronto a diagnosticarla, coll'aiuto dei raggi X e della pielografia, nella maggior parte dei casi. Robinson in 24 casi di rene e uretere doppi trovò che un processo patologico aveva sede nel segmento superiore in 19 casi. Ciò si spiega facilmente pensando che una parziale ostruzione dell'uretere corrispondente, dovuta alla sua posizione, sia stata un importante fattore nella produzione del processo in questione.

Sviluppo embriologico del rene. — Nei vertebrati più elevati nella scala zoologica si hanno tre tipi successivi di organi escretorî: il pronefros, il mesonefros e il metanefros. Di questi, i primi due sono transitorî, e soltanto il terzo permane a formare il rene, come vedremo. Tutti e tre derivano da masse di cellule mesodermiche, dette nefrotomi, che si trovano ai lati del canale neurale. Molto presto dalla porzione cefalica di questa colonna di cellule prende origine il pronefros. Il resto di essa si divide in una porzione mesonefrogenica, che darà poi origine al corpo di Wolff, e in una porzione metanefrogenica, che formerà la porzione secretoria del rene.

Il pronefros corrisponde in lunghezza ai primi dodici segmenti primitivi, e nella razza umana scompare quando l'embrione ha raggiunto una lunghezza di 5 mm. Non ha nei vertebrati più elevati alcuna funzione nè alcuna importanza, di esso permane solo il dotto escretore che diverrà il dotto di Wolff, cioè il dotto escretore del mesonefros.

Il mesonefros o corpo di Wolff, che in alcune specie di pesci e di anfibi permane come organo escretore, è formato da un insieme di tubuli e di glomeruli che si estendono dal quinto segmento cervicale al terzo lombare; e quando l'embrione raggiunge una lunghezza di 4.5, 5 mm., il suo dotto, di cui è stato parlato prima, raggiunge la cloaca e quivi sbocca. Felix non crede che quest'organo arrivi mai a funzionare nell'uomo, infatti va incontro a una graduale e completa atrofia fra l'ottava e la sedicesima settimana di vita dell'embrione. Di esso permane solo il dotto che formerà poi il dotto deferente nel maschio e il dotto di Gaertner nella femmina.

Quando l'embrione ha raggiunto una lunghezza di 5.5 mm., si vede nascere dal dotto di Wolff, vicino al suo sbocco nella cloaca, una estroflessione che progredisce sempre più e che, prima che abbia raggiunto una lunghezza pari al diametro del dotto di Wolff, viene ad essere incappucciata dalle cellule di quella porzione dei nefrotomi che abbiamo chiamata porzione metanefrogenica. È questo il metanefros; la gemma nata dal dotto di Wolff darà origine all'uretere, alla pelvi, ai calici e ai tubi collettori, cioè all'intiero apparato escretore, mentre la parte secretoria del rene e cioè: le capsule di Bowmann, i tubuli contorti e le anse di Heule prendono origine da queste cellule mesodermiche metanefrogeniche che, in una sezione di un embrione, si differenziano chiaramente per i loro nuclei intensamente colorati. Il bottone ureterale continua a crescere dirigendosi prima dorsalmente e poi cranialmente, e presto in esso l'estremità rigonfiata, a bulbo, colla sua corona di cellule mesodermiche, detta pelvi primitiva, comincia a differenziarsi dal rimanente più sottile, cioè l'uretere propriamente detto. Successive ramificazioni della pelvi primitiva daranno in seguito origine ai calici e ai tubi collettori.

Intanto il setto urorettale, scendendo in basso fino a raggiungere la membrana cloacale, divide la cloaca in una porzione anteriore urogenitale e in una porzione posteriore intestinale. Naturalmente il setto viene a passare posteriormente agli sbocchi dei due dotti di Wolff. Il peritoneo segue il setto nella sua discesa e scivola fra le due porzioni della cloaca, giungendo più in basso degli sbocchi dei dotti di Wolff. I due foglietti peritoneali in seguito si saldano fra loro e formano i due strati della faccia di Denonvillier che, nell'adulto, si trova fra la prostata e il retto.

Siccome poi, per un processo di dilatazione, l'estremità inferiore del dotto di Wolff concorre a formare una parte della parete della vescica, così l'uretere viene ad avere uno sbocco separato e distinto da quello del dotto di Wolff.

Si comprende facilmente, quindi, come da una esagerata o da una prematura biforcazione della pelvi primitiva si abbia un « uretere bifido ». Riguardo alla origine dell' « uretere doppio », cioè con sbocchi in vescica separati, Felix crede che bisogni ricercarla nel

fatto che dal dotto di Wolff nascono due bottoni anzichè uno solo.

Pohlman ritiene invece che l' « uretere doppio » sia dovuto a una biforcazione del bottone ureterale, così vicina al dotto di Wolff, da venirsi ad avere due distinti orifici ureterali quando il dotto di Wolff si rigonfia per formare, come si è visto, una parte della parete della vescica urinaria.

Conviene aggiungere che l'uretere che proviene dalla pelvi superiore sbocca in vescica in generale più in basso di quello che proviene dalla pelvi inferiore, come aveva già notato Weigert dal 1877.

Gli AA. hanno trovato nella letteratura altri 29 casi simili al loro, con doppio rene e doppia pelvi e uretere, in gradi variabili da una biforcazione in prossimità del rene fino a un vero « doppio uretere ». In tutti questi casi si era reso necessario un intervento chirurgico a causa di qualche processo patologico insito nel rene anomalo, eccetto che in due nei quali si dovette intervenire a causa dell'incontinenza di orina prodotta dall'uretere sopranumerario che si apriva all'esterno. Tutti vengono riferiti con scarsi dettagli.

Gli AA. concludono affermando:

1° che il loro è il primo caso completamente descritto e discusso;

2° che la condizione di rene e uretere doppi non è rara e che la metà superiore è spesso la sede di un processo patologico;

3° che il cateterismo degli ureteri, la radiografia e la pielografia hanno reso facile la diagnosi di questa malformazione;

4° che l'asportazione della metà del rene colla sua pelvi e col suo uretere è senza dubbio il metodo di cura di elezione.

M. A.

NEUROLOGIA.

Le forme curabili delle meningiti acute con linfocitosi rachidiana.

(P. MAURIAC. *Paris Méd.*, 26 ottobre 1918).

La diagnosi differenziale, dinanzi ad un malato con sindrome meningea, nel quale l'esame del *liquor* dia una netta linfocitosi, volge verso le due eventualità comunemente note della meningite sifilitica e della meningite tubercolare. Come la linfocitosi nel *liquor* può riscontrarsi senza risentimento meningeo (parotite, reumatismo cervicale, zona), così esistono forme di *meningite acuta con linfocitosi, che non sono nè tubercolari, nè sifilitiche.*

L'A. ne porta tre esempi nei quali la sintomatologia, sebbene incompleta (assenza di Kernig e di rigidità della nuca), presentava note cliniche, come cefalea intensa, vomito, bradicardia, che richiamavano l'attenzione del medico direttamente alle meningi. Il *liquor* in uno dei malati era torbido e con abbondante sedimento, tanto da far pensare a prima vista ad una meningite cerebro-spinale, ma l'assenza di febbre e di rigidità nucale, lo stato generale, il reperto del sedimento (2 linfociti per 1 polinucleato), l'assenza di meningococchi, lo stato generale buono permettevano di eliminare il sospetto. Nel secondo caso la meningite ebbe un andamento parossistico con febbre alta e crisi epilettiformi e vero stato di male epilettico durante 48 ore.

Nel primo e nel terzo malato, invece, afebbrili entrambi, la cefalea violenta, il vomito erano gli esponenti dello stato morboso della meninge.

Tutti e tre gli ammalati guarirono. Essi non avevano storia di *lues*, la reazione di Wassermann era negativa, la terapia arsenobenzolica senza effetto sulla linfocitosi. Il liquido cefalo-rachideo non presentava bacilli di Koch e il sedimento, inoculato, non determinò malattia alcuna nelle cavie. Questi argomenti, uniti al concetto generale che noi abbiamo sull'andamento fatale della meningite tubercolare, dovrebbero far escludere la possibilità che nei tre malati si trattasse di meningite di natura tubercolare: ma sono descritte (Barbier) *forme transitorie di meningite tubercolare*, simili alle *poussées* infiammatorie delle sierose; alcuni inoltre considerano l'*erpes zooster* come compagno o manifestazione della tubercolosi clinicamente primitiva (Barbier e Lian).

Gougeot e Barbier hanno pubblicato un'osservazione di meningite tubercolare, consecutiva a zona, che guarì completamente: il liquido cefalo-rachideo presentava linfocitosi e l'inoculazione nelle cavie fu positiva.

A malgrado di tutti questi argomenti che conforterebbero l'ipotesi di una eventuale patogenesi tubercolare della manifestazione morbosa meningea, sebbene in due malati vi fosse anche nei precedenti una pleurite tubercolare, tuttavia l'A. resta nell'incertezza, esitando tra una lesione d'origine tubercolare ed una infiammazione banale di origine zoosteriana.

La *prognosi* tuttavia in questo genere di malati è *favorevole:* essi guariscono; ma la *guarigione anatomica*, se pur avviene, *è molto tardiva:* infatti i tre malati, dopo 2 mesi, presentavano ancora linfocitosi rachidea.

Qualunque sia l'origine di queste manifestazioni meningee, e qualunque sia l'esito lonta-

no di un attacco o di numerose *poussées*, è necessario fissare che *non tutte le reazioni meningee, a formula linfocitaria, sono d'origine sifilitica o tubercolare, almeno del tipo di quelle comunemente conosciute.*

t. p.

SIFILOGRAFIA.

Malattie nervose luetiche e diffusione della sifilide.

A. Giannelli (*Quaderni di Psichiatria*, 1918, n. 7-8) sostiene che la diffusione delle malattie nervose può essere presa come indice dell'andamento della sifilide in una regione. Naturalmente a tale riguardo non bisogna tener conto di quelle neuropatie nelle quali la sifilide rappresenta solo un fattore predisponente o di quelle nelle quali il processo anatomico si presenta sotto forma di gomma o di flogosi iperplastica cronica o con una partecipazione principale del sistema vasale.

Occorre invece prendere in considerazione solo quelle forme di sifilide nervosa che per il loro particolare decorso clinico sono più delle altre soggette ad essere controllate e registrate in pubbliche istituzioni di cura o di ricovero. Queste malattie sono la tabe e la paralisi progressiva, malattie la cui origine, anzi la natura sifilitica, prima intraveduta in base ai soli dati anamnestici, ora è indiscutibilmente accertata in base ad elementi anatomici, batteriologici e serologici. E delle dette due malattie quella che meglio si presta agli studî statistici in quistione è la paralisi progressiva, perchè gli individui che ne sono affetti sono quasi sempre internati nei manicomî per modo che riesce possibile ricercare l'andamento della paralisi progressiva in una data regione e quindi la diffusione della sifilide nella regione stessa.

Dalle ricerche fatte nei manicomî nella Provincia di Roma dal 1881 al 1916 risulta che nel Lazio il numero dei casi di paralisi progressiva è andato aumentando con oscillazioni fino al 1899 ed in seguito è diminuito considerevolmente, mentre è aumentato molto il numero delle ammissioni di pazzi *in toto*, come pure è andata aumentando la popolazione della Provincia, che dal 1881 è in continuo incremento. La percentuale delle ammissioni per paralisi progressiva fu nel 1881 del 14,03 % sulle ammissioni totali; raggiunse il massimo di 17,93 % nel 1896; discese a 15,80 % nel 1899 ed è andata poi sempre decrescendo fino a raggiungere il 4,61 % nel 1909 ed il 6,38 % nel 1916.

È difficile stabilire il rapporto tra il numero di paralitici progressivi e quello di coloro che sono stati contagiati di sifilide, ossia accertare quanti sifilitici finiscono nella demenza paralitica. Il Mattauschek ed il Pilez su un ricco materiale di 4000 casi di sifilide in ufficiali austro-ungarici hanno creduto di poter stabilire che la paralisi progressiva si presenta con la frequenza del 4,67 per cento casi di sifilide.

Senza voler considerare questa cifra come sicura tenuto conto anche che nel determinarsi della demenza paralitica contribuiscono altri elementi (disposizione di razza, condizione sociale ed abitudini dei soggetti, modo ed intensità di cura della sifilide iniziale, ecc.) è certo che il numero dei dementi paralitici può essere, sia pure approssimativamente, considerato come l'indice della diffusione della lue in una data regione. DR.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

PIAZZA MARITTIMA DI VENEZIA
INFERMERIA AVANZATA « LA FALCONERA ».

Un caso di tetano curato col siero Tizzoni

pel dott. VINCENZO GROSSI, chirurgo capo-reparto.

Senza alcuna pretesa di novità, pubblico un caso di tetano che pel suo decorso piuttosto atipico, di inizio subdolo, di andamento rapidamente maligno, di miglioramento breve ma notevole, di peggioramento grave e infine di guarigione, offre una prova di più della bontà della sieroterapia in genere e dell'utilità del siero Tizzoni in ispecie.

L'Unione dei medici italiani per la resistenza nazionale svolge in questi tempi un'azione allo scopo della tutela dei prodotti nazionali d'uso sanitario: il siero Tizzoni è uno di questi che meritano un appoggio validissimo e una preferenza sui congeneri esteri; perchè alla stregue dei fatti risponde, a mio parere, al concetto espresso dal Murri sulla questione che « i buoni medici italiani quando saranno sicuri che prescrivendo un farmaco nazionale serviranno, quanto più è loro concesso, al bene dei loro malati, non penseranno mai più ai farmachi d'altri paesi » (1).

Ecco intanto la storia clinica alla quale farò seguire brevi considerazioni:

Caporal maggiore D... F... Entra il 18 luglio 1918; proviene dalla sezione di Sanità ove è stato portato verso le ore 16, in seguito a ferita del piede destro da scoppio d'un petardo a ... (Basso Piave). Gli è stata praticata una

(1) *Policlinico*, Sezione pratica, 9 agosto 1918.

fasciatura e l'iniezione antitetanica; poi si è applicato a intervalli un laccio al terzo inferiore della coscia destra, che è stato definitivamente stretto durante il trasporto a questa infermeria.

Il ferito racconta di aver calpestato una bomba a mano inavvertitamente e subito di essere caduto a terra. Dice di aver perduto molto sangue. Non si lamenta di dolori al piede, ma prega insistentemente di togliergli il laccio, che lo tortura.

Non ha avuto malattie degne di nota. In questa guerra fu colpito a Gorizia da pallottola di shrapnell, che fortunatamente forò solo l'elmetto bruciandogli appena i capelli.

All'esame obiettivo si nota un individuo molto anemico, piuttosto tranquillo, di costituzione regolare, ben nutrito, polso regolare un po' vuoto, di frequenza lievemente aumentata. Il calore del corpo è normale.

L'arto inferiore destro presenta un laccio bene stretto al terzo inferiore della coscia in corrispondenza del canale d'Hunter. La gamba è piuttosto fredda.

Si lascia *in situ* il laccio e si scopre la ferita. Appare un orribile sfracellamento del piede senza che si distingua gran cosa; solo il lato interno appare integro e più o meno normale. Con abbondante lavaggio di acqua ossigenata prima, di permanganato dopo, si riesce a vedere ed asportare pezzi di osso, dita staccate, brandelli di cute, fili di erba, terriccio, residui di stoffa, schegge metalliche; i residui dei tre metatarsi e delle dita corrispondenti sono in gran parte asportati, in parte lasciati sul focolaio: la cute e il sottocutaneo sono bruciacchiati e scollati dalla pianta del piede, i muscoli appaiono in massima parte conservati, il tarso è anche esso fracassato, l'articolazione tibio-tarsica aperta; si vede l'astragalo scoperto e il malleolo peroniero fuoriesce privo di parti molli. Alla regione postero-esterna della gamba fino al terzo superiore si ha ustione diffusa della cute.

Si giudica inutile qualsiasi legatura dei vasi, data l'ampiezza delle lesioni: la pedidia è certo lesa, le plantari devono essere anch'esse interessate, solo la peroniera dietro al malleolo appare ben conservata.

Quanto all'amputazione, dato il tempo relativamente breve dalla ferita, la cura impiegata a ripulire meticolosamente tutti i focolai, la possibilità di dominare l'articolazione tibio-tarsica, si giudica opportuno non pensarvi pel momento. Si zaffa accuratamente con garza iodoformica, si pratica una fasciatura molto compressiva e si toglie il laccio alla coscia. Si pratica un seconda iniezione antitetanica profilattica.

L'ammalato è tranquillo, non perde sangue, la gamba riprende il suo calore normale. Dopo 24 ore si cambia la medicatura, si asportano cautamente altri tessuti necrotici: visto che non si ha emorragia, si zaffano dolcemente tutti i recessi con garza sterile, si applica una fasciatura leggermente compressiva e si mette il piede a bagno a permanenza in una soluzione d'ipoclorito di calcio preparato estemporaneamente facendo bollire dell'acqua con un po' d'ipoclorito e mantenendola tiepida con lampada ad alcool al disotto del bagno. Il ferito ha febbre serotina remittente al mattino. La soluzione d'ipoclorito si rinnova ogni tanto. Dopo un giorno si rimedica e si asportano altri residui di osso e tessuti necrotici. Così con bagno a permanenza e medicatura quotidiana e asportazione di tessuti necrotici la piaga migliora sensibilmente. Resta solo l'astragalo necrotico, che è in parte mobile e permette lo zaffamento all'intorno di esso. Il decorso della temperatura è stato quasi sempre con lievi elevazioni serotine, non superando i 39°.

La sera del 1° agosto il ferito, mentre mangiava delle pesche sciroppate (in mia presenza), mi domandò perchè erano dure tanto da far fatica a masticare. Mi insospettii e praticai una iniezione antitetanica a dose profilattica. La mattina seguente feci una nuova iniezione antitetanica senza che fosse venuto nessun sintomo, e asportai l'astragalo. Nella giornata l'ammalato fu anzi tranquillo, cantò a squarciagola con dei compagni di corsia e io cominciai a rassicurarmi.

La sera però comparve lieve dolore di gola, specie nell'inghiottire, e l'infermo sosteneva ciò dovuto ad una escoriazione sulla lingua verso la base, che realmente esisteva. Io feci una nuova iniezione profilattica e diedi disposizioni per isolare l'ammalato. Nella notte nel sonno questi si svegliò di soprassalto ed ebbe un senso di soffocazione, che scomparve rapidamente.

La mattina seguente l'ammalato presentava alcuni sintomi del tetano: rigidità della nuca, trisma lieve, disfagia, disartria; riflessi tendinei esageratissimi; clono del piede sano. Praticai alle 10 e un quarto una iniezione endorachidea di 5 fiale di siero preventivo, cioè 25 cmc. di siero. Non ottenni miglioramento. Alle 4, allarmato, praticai una iniezione endovenosa di 30 cmc. di siero: dopo uno o due minuti si ebbero fenomeni anafilattici: orticaria, specie sul braccio dell'iniezione, e senso di caldo, dolore alla ferita fortissimo; lieve obnubilazione. L'infermo migliorò lievemente, o meglio non peggiorò: io continuai a fargli iniezioni di siero endomuscolari e sottocutanee, in modo da fargli complessivamente nel primo giorno 100 cmç. di siero. Medicai altresì la piaga, che era di brutto aspetto, che contrastava in modo veramente strano con lo stato ottimo dei giorni precedenti. Mi astenni da qualsiasi manovra. Praticai le iniezioni di siero per lo più alla faccia posteriore della coscia destra, verso lo sciatico. Naturalmente disposi la cura sintomatica più accurata. Posi due infermieri di guardia nel locale di isolamento: feci chiudere le imposte, proibii di fare qualsiasi rumore o di toccare in nessun modo l'ammalato. Nello stesso tempo feci fare esercizi di respirazione artificiale agli infermieri, posi a portata di mano apribocca e tiralingua, feci iniezioni eccitanti, iniezioni di morfina. Nella sera l'infermo sudò abbondantemente, urinò spontaneamente; alvo chiuso.

La notte del 3 agosto l'infermo fu piuttosto tranquillo, si accentuarono molto i sintomi tetanici, però lo stato generale non peggiorò.

Il mattino seguente (4 agosto) feci altre iniezioni di siero endomuscolari, a mezzogiorno venne il prof. Tizzoni espressamente da Bologna e trovò il malato abbastanza bene e fece un buon giudizio prognostico. Praticai una iniezione endorachidea di 25 cmc. e altre intra-

muscolari di 50 cmc., e medicai la ferita. Nel pomeriggio un clistere.

La sera l'infermo ebbe la febbre a 40° come mai aveva avuto. Lo stato tetanico si aggravò come nessuno avrebbe supposto: scosse tonicocloniche, incoscienza assoluta, disartria completa. Poteva appena emettere suoni inarticolati. Praticai iniezioni intramuscolari ad alte dosi, ma non ottenni nulla. Alle 22 risolsi un'altra iniezione endovenosa. Con un ago grosso infilai una vena del braccio e prima di iniettare il siero feci fuoriuscire circa 500 cmc. di sangue, che appariva di color rosso-scarlatto filante, scarsamente coagulabile; iniettai circa 35 cmc. di siero, e questa volta non ebbi reazione notevole nè fenomeni anafilattici.

Ordinai agli infermieri di esser precisi e di praticare uno la respirazione artificiale in caso di bisogno e l'altro correre a chiamarmi, e prima di lasciare l'infermo feci una iniezione di morfina di un centigrammo e mezzo e due di canfora. Alle 2 di notte un infermiere mi chiamò e mi disse che purtroppo era avvenuto quello che avevo previsto e che aveva lasciato il compagno a fare la respirazione artificiale. Corsi: trovai il ferito che si era riavuto, ma era sempre in condizioni disperate. Aveva una contrattura enorme di tutti i muscoli, specie del dorso; scosse ripetentisi due o tre volte al minuto, generalizzate; incoscienza; temperatura 38°. Non osando fare altre iniezioni di siero, mi decisi a praticare una puntura lombare per decomprimere i centri nervosi e vi riuscii a fatica in posizione orizzontale. Feci fuoriuscire circa 120 cmc. di liquido cefalo-rachidiano, ma l'infermo non migliorò subito. Feci altre iniezioni di un cgrm. di morfina e olio canforato.

La mattina seguente (5 agosto) miglioramento notevole; alle dodici nuova iniezione endorachidea di 25 cmc. di siero. Medicatura della piaga con abbondante siero antitetanico. Nel pomeriggio altre iniezioni endomuscolari di 75 cmc. Minzione e defecazioni spontanee.

I giorni seguenti miglioramento sempre notevolissimo, con rari accenni a riacutizzazione vinti con iniezioni di siero intramuscolari con dosi a scalare da tre iniezioni curative endomuscolari, a due, a una nelle 24 ore, e poi da due iniezioni profilattiche quotidiane a una sola a giorni alterni, regolate secondo i consigli del prof. Tizzoni. Medicatura giornaliera con garza sterile e con siero antitetanico. La piaga acquista granulazioni sempre più belle. Nel medicare, il giorno 12, si tenta d'allungare la gamba destra per evitare l'anchilosi del ginocchio per la posizione continua in semiflessione. Dopo poco si notano scosse tonico-cloniche generalizzate che si ripetono a lunghi intervalli. Si pratica una iniezione sottomuscolare di 25 cmc. di siero. Nei giorni seguenti la piaga migliora moltissimo. I fenomeni generali sono scomparsi: resta il trisma che si vince a mano a mano con un apribocca, e la contrattura dei muscoli della nuca che via via scompare anch'essa.

Complessivamente si sono iniettati a scopo curativo: 620 cmc. di siero con 11 iniezioni sottocutanee da 5 a 25 cmc., 13 intramuscolari da 25 a 50 cmc., 3 endorachidee da 25 cmc., 2 endovenose da 30 e 35 cmc. La dose massima iniettata fu nella giornata del 4 di 135 cmc. di siero, distribuito per tutte le vie: non si ebbero allora fenomeni anafilattici.

È un caso semplice di tetano: però è una prova sicura della sieroterapia.

È logico che il siero non sia stato il solo a ottenere la guarigione, ma molto abbia anche contribuito la cura sintomatica; però lo svelenamento dell'individuo è da mettersi in relazione netta con l'uso del siero e basta per convincersene un esame superficiale del trattamento curativo.

Le prime dosi di siero non hanno fatto altro che rendere più subdolo l'inizio del male, ed è forse da mettere in relazione all'astragalectomia (necessarissima d'altra parte per non avere recessi e tessuti necrotici nella ferita) lo sviluppo chiaro dell'infezione.

Così la prima iniezione endorachidea di siero non mostrò risultati curativi, che invece furono nettamente palesi dopo la iniezione endovenosa. Lo stesso comparire dei fenomeni anafilattici fu immediato: dopo soli due o tre minuti si ebbe orticaria, dolore fortissimo alla ferita. Allo stato grave e al peggioramento dei disturbi disfagici e disartrici seguì una pausa di arresto e quasi di miglioramento.

Credo perciò che la cura molto intensa e le dosi abbondanti contribuirono in primo tempo a rallentare il decorso maligno del tetano, dando così speranza di miglioramento ulteriore.

Che infatti le dosi dei primi giorni furono incapaci di vincere la virulenza della tossina tetanica lo dimostrò la recrudescenza improvvisa accompagnata da una forte elevazione termica alla quale si poteva anche attribuire importanza causale. È evidentissimo però che le cure sintomatiche prestate non bastarono da sole a ottenere il miglioramento e poi la rapida guarigione: le nuove dosi abbondanti iniettate, sia per via endovenosa che endorachidea, sottomuscolare e sottocutanea, furono le sole efficaci. Purtroppo bisogna riconoscere che il ragionamento è induttivo, ma « l'occhio clinico » dei nostri antichi sussiste sempre e la cura *ab juvantibus* non controlla spesso il meccanismo d'azione del farmaco. Che se si pensa che il tetano guariva lo stesso senza la sieroterapia, ma semplicemente per il fatto della detersione e dell'accurata medicatura della piaga, io rispondo solo che quando nei giorni di convalescenza ricomparvero scosse tetaniche bastò aumentare la dose dell'iniezione antitetanica per vederle scomparire, senza voler ricorrere a tutta la dottrina dei sieri oggi di dominio comune.

Che il siero Tizzoni sia poi l'ottimo non è qui il mio assunto: esso è da imporre sia perchè il Tizzoni fu con la Cattani uno dei primi a studiare la sieroterapia del tetano, sia perchè il prodotto è italiano. È preparato poi con garanzia di assoluta asetticità: nelle numerose

iniezioni fatte non ho visto un ascesso, e il fatto ha importanza massima, specie nel caso di iniezioni endorachidee ed endovenose.

Un'altra osservazione ha permesso questo caso, ed è che il siero ha dato risultati brillanti nella cura locale della ferita. È vero che la ferita era già accuratamente detersa di tutti i tessuti necrotici anche ossei, compreso l'astragalo; ma nei primi giorni d'infezione la piaga era divenuta bavosa, di color rosso-vinoso a secrezione piuttosto fetida. Ebbene, dopo applicato ampiamente il siero la detersione è avvenuta più rapida, le granulazioni più rigogliose e hanno preso un aspetto più roseo, la secrezione è diminuita fino a divenire scarsissima. Non so se tutto ciò debba attribuirsi alle leggi di osmosi e alla isotonicità del siero di cavallo, o anche al potere antitetanico del siero: occorrerebbe una serie di esperienze e di studi. Osservo solo il fatto obiettivo, che in migliaia di ferite trattate con i metodi più svariati dalla medicazione umida all'asciutta, dalla asettica all'antisettica, dall'applicazione di pomate a quella di parafina, ambrina, resinina, solo raramente ho visto un miglioramento così rapido della piaga. È pur vero che dopo infezioni gravi è vecchio precetto chirurgico vi sia un risveglio dei poteri di difesa e una guarigione più rapida delle ferite, ma è anche molto comune l'uso delle medicature con soluzioni isotoniche di svariata composizione chimica; ciò farebbe pensare che soluzione isotonica per eccellenza sia il siero di sangue, e ancora più utile non tanto per la sua concentrazione salina, quanto pel contenuto in composti organici.

Concludendo, il mio caso è uno dei tanti casi di tetano: ha solo il merito di dimostrare quanto possa la cura conservativa ben applicata e quanto la cura sieroterapica regolata non da norme generali teoriche, ma accoppiata alla cura sintomatica precisa caso per caso.

Zona di guerra, agosto 1918.

OSPEDALI MILITARI RIUNITI DI BELLAGIO
diretti dal magg. med. TENANI prof. OTTORINO.

A proposito di una doppia ed ampia resezione dell'intestino tenue

pel ten. med. PACCHINI dott. PIETRO, aiuto.

Riferisco il caso per l'importanza delle considerazioni che ne derivano.

Il giorno 23 settembre 1918 venne ricoverato nel reparto chirurgico di quest'ospedale il soldato D... G..., che aveva riportato *venti ore prima* ferita d'arma da fuoco penetrante all'addome. Esso presentava soltanto il foro d'entrata del proiettile nel punto di mezzo della linea d'unione tra la regione iliaca sinistra e l'ipogastrio. Si notava notevole meteorismo e dolore vivissimo spontaneo e alla pressione anche modica, specie nella metà sinistra dell'addome; non vi era singhiozzo, ma si presentò una volta il vomito durante la radioscopia, che diede esito negativo per l'accertamento della presenza del proiettile; vi era scarso versamento libero nella cavità peritoneale.

Le urine si erano mantenute normali dopo il ferimento; così pure non era comparso sangue nelle feci. Non si apprezzavano lesioni degli organi toracici. Temperatura 38°, polso 100, respiro 30.

L'assenza del proiettile nelle pareti addominali desunta dalla radioscopia, nonchè la sindrome clinica del paziente dimostravano che si era in presenza di una ferita d'arma da fuoco penetrante nell'addome e, come tale, s'imponeva l'intervento che fu eseguito dal maggiore medico Tenani.

In cloroeteronarcosi si praticò una laparotomia mediana sotto-ombellicale. L'apertura del peritoneo diede esito a circa 200 grammi di liquido sieroematico. Le anse del tenue, che tentavano di protudere con violenza, erano fortemente congeste e meteoriche. In un primo esame della massa intestinale, e precisamente del digiuno, si notò una vasta lacerazione del mesenterio alla sua base d'impianto sul peritoneo parietale per l'estensione di cm. 4 × 5; i margini della lacerazione erano fortemente contusi, come si poteva rilevare dalla presenza di grossi coaguli sanguigni tra le pagine della sierosa limitanti la lesione.

Le anse digiunali irrorate dai vasi della radice mesenteriale lacerata erano fortemente cianotiche, asfittiche per un tratto complessivo di cm. 70: la vitalità loro era talmente compromessa, da vedersi cosparse su detto tratto da numerosi piccoli focolai di necrosi in istato di imminente perforazione; di più, su dette anse si vedevano fiocchi di fibrina, come del resto anche sulle anse del colon trasverso.

Per tali alterazioni anatomiche s'impose la resezione di 80 cm. di tenue, facendola seguire da enteroanastomosi latero-laterale dei due capi sezionati. La lacerazione mesenteriale fu trattata, previa emostasi provvisoria, con l'escisione del tratto sede di trombosi vasali ed emorragie, e con sutura dei margini di sezione della breccia stessa.

Due metri circa a valle dell'enteroanastomosi si trovò un secondo tratto di tenue sulla cui superficie, insieme con molti fiocchi di fibrina, erano disseminati numerosi focolai di necrosi iniziale; fra queste lesioni primeggiava una doppia perforazione della parete intestinale, a margini irregolari, contusi e necrosati, da cui gemevano gas e materiale fecale. I caratteri anatomici di dette perforazioni facevano presumere che fossero state determinate dal passaggio del proiettile. Non essendo possibile nè prudente limitarsi alla semplice chiusura di queste due lesioni, si ritenne opportuno resecare un secondo tratto di tenue per l'estensione di circa cm. 50, fino a raggiungere i limiti sani. La resezione fu seguita da una seconda enteroanastomosi latero-laterale dei due capi sezionati.

L'ispezione più accurata di tutta la cavità addominale non diede a rilevare la presenza del proiettile (che verosimilmente doveva es-

sere una palla di fucile), nè di lesioni a carico di altri visceri.

La ferita laparotomica fu chiusa a strati, lasciando in sito un drenaggio alla Mikulicz; sutura parziale della parete muscolare e cutanea.

Il decorso post-operatorio fu ottimo per essere cessati il vomito, i dolori addominali, la temperatura febbrile e ritornato con relativa rapidità al normale lo stato generale. Il drenaggio fu in quarta giornata sostituito con altro semplice di garza e più breve; dopo dieci giorni il fondo della ferita era così ben granuleggiante che si medicò a piatto; in sedicesima giornata essa era completamente chiusa. L'alimentazione del malato, che nei primissimi giorni fu fatta per via rettale, dopo fu gradatamente ripresa per via orale fino a raggiungere in ventesima giornata la dieta ordinaria. Le funzioni intestinali si mantennero regolari per tutto il periodo post-operatorio.

Il caso si presta a diverse considerazioni importanti dal punto di vista clinico e fisiologico.

In sostanza si tratta di due resezioni intestinali per l'estensione complessiva di metri 1.30, con doppia enteroanastomosi latero-laterale, fatta 20 ore dopo una ferita d'arma da fuoco penetrante nell'addome, causante grave lesione dei vasi mesenteriali, perforazione duplice del tenue, necrosi incipiente di due lunghi tratti di intestino e fenomeni di peritonite acuta viscerale quasi generalizzata: intervento seguito da guarigione clinica perfetta.

Il fatto più saliente è che la laparotomia con l'asportazione di due tratti intestinali a circolazione notevolmente compromessa e perforati da 20 ore sia riuscita ad arrestare il processo peritonitico manifestamente in corso. Ciò si collega alla questione ancora aperta sui criteri di operabilità delle ferite penetranti dell'addome. Il solo criterio diagnostico che portò all'intervento nel caso nostro fu quello della presunzione di una peritonite acuta in corso, pur mancando il quadro clinico di peritonite da perforazione; e il fattore che portò alla guarigione fu certamente la laparotomia, poichè le lesioni anatomo-patologiche erano di una gravità tale che senza intervento avrebbero ineluttabilmente portato a morte il paziente. Di più, il fatto che la laparotomia fu eseguita sebbene la sindrome clinica della peritonite si presentasse nel suo insieme molto larvata, ed ebbe esito favorevole, sta a comprovare che non vi è sempre corrispondenza fra la clinica e l'anatomia patologica e che l'intervento può riuscire benefico anche se fatto tardivamente.

Ne risulta che, come dice il Lejars, « la questione della cura della peritonite resta anzitutto una questione di diagnosi »; diagnosi che dovrebbe essere fatta subito, dopo di che la condotta del chirurgo sarà pronta e decisa con l'intervento: questo (nel caso di ferite di arma da fuoco) consisterà nella ricerca della sede della lesione, la quale, se sarà a carico dell'intestino potrà essere trattata con la semplice sutura a due piani quando la perforazione è unica o ve ne sono poche e abbastanza vicine fra loro, con la resezione del segmento intestinale nel caso di perforazioni multiple e ravvicinate. Non va trascurata la ricerca del proiettile e di corpi estranei nella cavità addominale.

Che la diagnosi in ogni caso debba essere fatta il più presto possibile risulta e dalla necessità di arrestare o sopprimere il processo anatomo-patologico e di intervenire prima che le condizioni generali del paziente siano tanto gravi da non poter sopportare l'anestesia e il trauma operatorio. Come ripeto, il nostro caso rientra tra quelli in cui l'operazione vien fatta tardivamente, ed ha tanto più valore in quanto portò la guarigione del malato.

Secondo le ultime statistiche dei chirurgi è stabilito che la mortalità della peritonite da perforazione è minima nelle prime sei ore, raggiunge in media il 40 % dalle sei alle dieci ore, il 70 % dalle dieci alle venti ore e il 90 % ed oltre dopo le venti ore. Trova dunque ragione l'odierna massima chirurgica che di fronte ad una ferita d'arma da fuoco penetrante nell'addome la laparotomia precoce deve essere fatta « incondizionatamente », e ciò, dico, ha tanto più valore quando si consideri che in tali ferite il contagio del peritoneo avviene nel momento stesso in cui l'intestino od altro viscere cavo rimangono perforati, ed ogni ora di ritardo nell'intervento allontana sempre più il chirurgo dalla probabilità di salvare il paziente.

Non è mai abbastanza prospettata la necessità dell'intervento precoce, a diagnosi fatta di ferita penetrante, quando si pensi che non tutti i chirurghi ne sono ancora convinti e che si attengono al concetto dell' « attesa armata ». Si è affermato che il criterio più importante per tener sospesa la laparotomia è quello della valutazione delle condizioni generali del paziente; ma ciò è erroneo, anzitutto perchè, anche essendo buone tali condizioni, il processo anatomo-patologico segue fatalmente la sua evoluzione e può dare all'improvviso i segni più salienti di sè, con conseguenze poi irrimediabili; secondariamente perchè, se si attende, possono scoppiare fenomeni di peritonite, di emorragia o di *shock*: in tali condizioni l'intervento ha minori probabilità di riuscita e potrebbe doversi limitare ad una laparotomia semplice (o esplorativa). D'altra parte, la speranza che detti fenomeni scompaiano per protrarre l'operazione e farla in migliori condi-

zioni è troppo fallace per tenerne conto. La laparotomia semplice (o esplorativa) fatta tardivamente non fa che aggravare le condizioni del paziente, essendo ormai dimostrato che l'intervento ne abbrevia la sopravvivenza. Che nel caso nostro la guarigione si sia avverata sebbene l'intervento sia stato eseguito dopo molte ore dal trauma, si spiega col fatto che la peritonite non si era ancora generalizzata e l'estensione del processo flogistico fu impedita dall'asportazione totale del focolaio di partenza.

Nel caso di lesioni di altri visceri, altre sono (e non di minor valore) le ragioni per cui s'impone l'operazione immediata (emorragie interne, versamento di prodotti di secrezione o di escrezione, ecc.).

Il caso nostro ha inoltre una singolare importanza per la lunghezza del segmento di intestino resecato, tenendo sopra tutto presente che la resezione è stata doppia, e quindi doppia l'intensità del trauma operatorio. Sebbene la nostra resezione non abbia toccato i limiti massimi ed eccezionali raggiunti da Ruggi, Storp e Nigrisoli (rispettivamente m. 3.30, m. 5.10 e m. 5.20 di tenue), pure per l'estensione sua il nostro caso va annoverato fra i più rari di resezione di lunghi tratti di tenue con sopravvivenza del malato. Il Luciani nel suo trattato di fisiologia cita come esempi di tal genere il caso del Boum (resezione di m. 1.37 di tenue seguita da morte per marasma dopo quattro mesi), del Kocher (m. 1.60 di tenue, guarigione), dello Schlange (m. 1.35 di tenue, guarigione), del Trombetta (m. 1.10 di tenue, guarigione).

Tutto ciò starebbe a dimostrare che il tenue, l'organo più importante per la digestione e per l'assorbimento degli alimenti, possiede una facile adattabilità funzionale. La prova di ciò si ebbe, anche nel caso nostro, per la rapida ripresa del peso corporeo del paziente, al punto da aversi perfino l'aumento di gr. 600 nella prima settimana, di gr. 500 nella seconda e terza. Però questa adattabilità funzionale non si può determinare con dati assoluti. Si è visto, cioè, che alcuni pazienti poterono dopo una lunga resezione di tenue riprendere un completo equilibrio del ricambio, a differenza di altri in cui l'estensione del segmento resecato fu minore. Ciò significa che la funzionalità del tratto intestinale residuo ha più importanza di quella del tratto asportato, cosa che non si può stabilire con precisione nei singoli casi, ma che sarebbe tanto importante conoscere prima di fare la resezione, per sapere, cioè, quale lunghezza massima d'intestino si può sezionare.

OSPEDALE DA CAMPO N. 0166.

Empiema con eliminazione di frammenti di tessuto polmonare in un ferito al torace.

Dott. PIERO PERAZZI, chirurgo capo-reparto.

Si tratta di una ferita da proiettile di shrapnel al polmone sinistro complicata da raccolta pleurica purulenta contenente frammenti di tessuto polmonare liberi. Essendo le complicazioni delle ferite polmonari argomento di attualità, ne riferisco in breve la storia.

Cap. G... C..., del ... regg. fanteria. Ferito il giorno 8 dicembre 1917 sul Grappa all'emitorace sinistro da proiettile di shrapnel.

Esame obiettivo. — Ferita a fondo cieco al torace sinistro, all'altezza della quarta vertebra dorsale sulla linea ascellare posteriore. Suono nettamente ottuso alla metà inferiore del torace; sputo striato di sangue, marcata difesa addominale, vomito. Dieta assoluta, ghiaccio all'addome, morfina.

Nei giorni seguenti i sintomi di reazione peritoneale si attenuano fino a scomparire, le condizioni generali sono sempre molto gravi; polso piccolo, aritmico, dispnea accentuata, escreato purulento con strie di sangue.

Il giorno 3 gennaio 1918 l'ammalato è in condizioni molto gravi, espressione del viso sofferente, dispnea accentuata; alla percussione tutta la regione posteriore dell'emitorace sinistro nettamente ottusa, fremito vocale tattile abolito, all'ascoltazione respiro soffiante alla metà superiore dell'emitorace. La puntura esplorativa dà esito a liquido siero-sanguigno non torbido.

Il 15 gennaio compaiono edemi al viso. Ai fatti obiettivi già rilevati a carico dell'emitorace sinistro si aggiunge in corrispondenza della parte anteriore, dalla clavicola alla quinta costa, sulla emiclaveare, una zona di timpanismo nettamente circoscritta ove il fremito vocale tattile è conservato, ed all'ascoltazione si percepisce un respiro anforico. Il suono timpanico non cambia facendo aprire e chiudere la bocca al paziente.

Esame delle urine. — Reazione acida; peso specifico 1012; albumina + +; zucchero assente; sedimento: qualche cilindro ialino-granuloso e qualche globulo bianco degenerato.

Esame radioscopico. — Zona d'ombra in tutto l'emitorace sinistro. Proiettile di shrapnel mobile coi movimenti respiratori, appena al disotto del diaframma.

15 febbraio 1918. — Diminuzione degli edemi al viso. All'esame del torace, alla regione scapolare sinistra suono ottuso, alla base del polmone suono ottuso con leggera risuonanza timpanica, anteriormente un netto timpanismo su di una zona più estesa che precedentemente separata dal timpanismo addominale per mezzo di una zona a suono chiaro. Espettorato scarso muco-purulento, non sangue. Tracce di albumina nelle urine.

27 febbraio 1918. — Sempre gravi le condizioni dell'ammalato con rialzi termici ogni giorno, dimagramento notevole, dispnea. Si pratica una puntura esplorativa e si estrae del pus.

Esame batteriologico del pus. — Numerose brevi catenelle di cocchi costituite da cinque o sei elementi, rari bacilli tozzi.

28 febbraio 1918. — Anestesia locale novocainica. Incisione a livello della ottava costa, se ne reseca circa cinque centimetri; apertura della pleura, che è molto ispessita; svuotamento di una considerevole quantità di pus, grossi frammenti di tessuto si affacciano alla breccia operatoria. Date le gravi condizioni del paziente, non insisto per togliere tali lembi di tessuto, che sono mobili entro il cavo pleurico; zaffo l'apertura con garza sterile; il giorno dopo alla medicatura tolgo due grossi lembi di tessuto grigiastro di consistenza compatta, dello spessore di quasi tre dita trasverse. Con tre tubi irrigatori alla Carrel pratico nei giorni successivi un lavaggio intermittente del cavo pleurico con liquido di Dakin. In pochi giorni la suppurazone cede, la temperatura cade al normale, le condizioni generali dell'ammalato migliorano rapidamente. Scompare l'albumina dalle urine.

Dopo un mese dalla ferita ipertermie, empiema. Costotomia, pus fetido con grossi frammenti di tessuto polmonare in sfacelo.

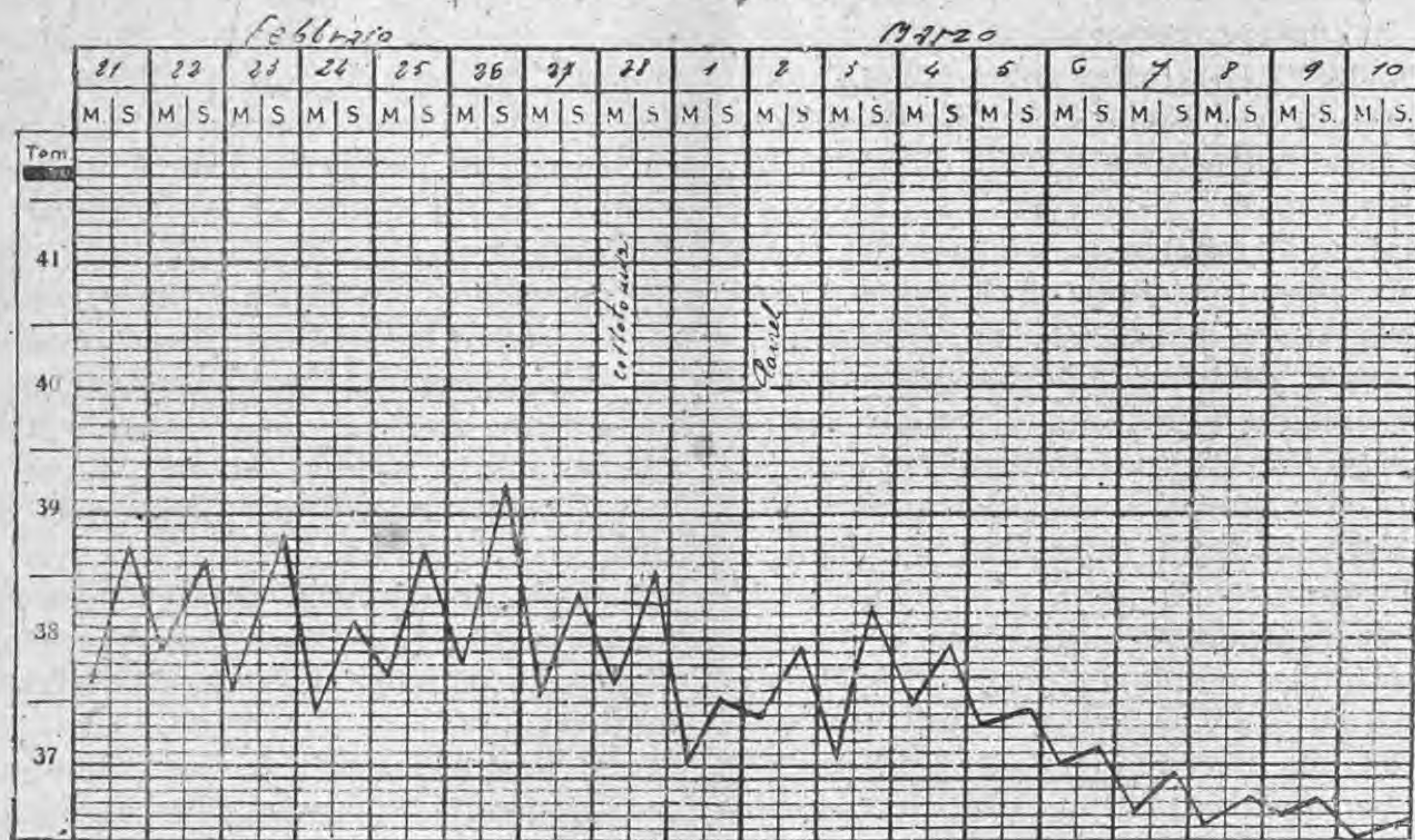
Il terzo caso è di Tuffier.

OSSERVAZIONE 3ª. — Ferita da scheggia a fondo cieco all'angolo interno della scapola di destra, dopo dodici giorni temperature febbrili, espettorazione fetida. Costotomia; misto al pus, che aveva un odore estremamente fetido, rinvenne un pezzo di tessuto polmonare del volume di una noce, in completo sfacelo.

Con quale meccanismo frammenti di polmone vengono messi in libertà nel cavo pleurico? Conviene richiamare l'attenzione sopra alcuni dei tipi di lesioni prodotte da proiettile attraversanti il tessuto polmonare.

Quando la ferita è trasfossa ed attraversa in pieno il polmone, specie se presso all'ilo, si produce una emorragia; il sangue si raccoglie nella cavità pleurica e contemporaneamente

CURVA TERMOGRAFICA.

Febbraio 21 22 23 24 25 26 27 28 — Marzo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
M S (per ogni giorno)
Tem. 41 40 39 38 37
costotomia — Carrel

All'esame istologico dei frammenti di tessuto tolti dal cavo pleurico si rileva che si tratta di tessuto polmonare che per la massima parte ha perduta la sua normale struttura.

* * *

Nella letteratura della chirurgia di guerra pochi altri casi simili sono stati descritti, due furono l'oggetto di una nota di Desmarest alla Società di Chirurgia di Parigi.

OSSERVAZIONE 1ª. — Ferito da scheggia di granata all'emitorace sinistro a fondo cieco. Al nono giorno dalla ferita segni di raccolta purulenta nella pleura, costotomia che diede esito a pus ed a frammenti di polmone di aspetto grigiastro in via di mummificazione.

OSSERVAZIONE 2ª. — Ferito da scheggia di granata alla regione mammillare di destra.

vi si forma un pneumotorace, il polmone è a poco a poco compresso verso il mediastino. Se la ferita è prodotta da scheggia di granata l'emorragia è imponente anche nello spessore del parenchima, nel tramite si possono rinvenire schegge ossee e pezzi di abito; notevolmente infiltrata è tutta la zona circostante.

Il sangue stravasato nella pleura non si coagula, rimane fluido quando l'emotorace è asettico, e quando non esistono larghe interruzioni del rivestimento endoteliale, in tali condizioni non si formano coaguli di sangue. Nel caso da me riferito dopo oltre un mese dalla ferita fu estratto del sangue fluido colla puntura esplorativa. Non è mio intendimento trattare le ragioni per cui il sangue ivi stravasato non

coagula, voglio solo ricordare questo fatto molto interessante. Quando il sangue ha soggiornato nella pleura un tempo sufficiente per divenire incoagulabile, si può raccoglierlo in una provetta e lasciarvelo indefinitamente senza mai veder comparire il minimo coagulo; solamente molto tardi reagisce la sierosa e può l'emotorace complicarsi con una pleurite essudativa; nella provetta allora precipita un reticolo fibrinoso.

In seguito alla compressione del polmone si possono avere alterazioni a carico del parenchima, sia dovute a fatti infiammatorî, sia all'azione meccanica. Gli alveoli polmonari per la compressione sono vuoti di aria, i vasi vuoti di sangue, il polmone non crepita sotto la pressione delle dita, ma può essere insufflato, nel punto leso assume un aspetto simile a quello dell'indurazione polmonare. Se la compressione si protrae a lungo compaiono sulla superficie polmonare zone di colore rosso-violaceo, mal delimitate, resistenti al tatto (epatizzazione molto simile alla polmonitica): tali focolai costituiscono zone di minore resistenza, e quindi punti di origine di fatti suppurativi (ascesso polmonare).

I focolai emorragici non sono sempre localizzati alla regione traumatizzata: essi possono presentarsi a distanza, sia sullo stesso polmone, sia sul polmone del lato opposto; tali focolai emorragici a distanza per contraccolpo a volte sono considerevolmente estesi, ed ivi facilmente trovano un ottimo terreno di sviluppo i microrganismi della suppurazione.

Nelle ferite a fondo cieco, attorno al corpo estraneo vien formandosi una specie di loggia: l'interno di tale piccola loggia è occupato da sangue nerastro prima, ed in seguito frequentemente da pus. Secondo la natura dell'agente infettivo penetrato col corpo estraneo, l'aspetto del pus e l'evoluzione dello ascesso sono differenti.

Un ascesso a tipo gangrenoso si forma nei primi tempi della ferita; tale ascesso raggiunge le dimensioni di un'arancia, ha pareti irregolari e rivestite da essudati grigio-verdastri con riflessi iridescenti; lembi di tessuto polmonare sono liberi entro la cavità ascessuale; i vasi sanguigni resistono a lungo alla necrosi, e quando cadono in sfacelo danno luogo ad emorragie a volte mortali e tutto attorno il tessuto polmonare reagisce fortemente (epatizzazione), le pleure reagiscono al processo infettivo, si ispessiscono considerevolmente e tendono ad aderire fra loro.

Altre volte la raccolta ha un'evoluzione molto lenta: si forma a poco a poco senza fenomeni gravi, fino a quando compaiono i sintomi dell'ascesso (ascesso flemmonoso). Frequentissime sono tali raccolte di pus attorno ai corpi estranei trattenuti nel polmone, la cavità è formata da una loggia centrale nella quale si aprono concamerazioni più piccole separate fra loro da sepimenti costituiti dai vasi e dai bronchi, che a lungo resistono al processo infettivo, mentre il resto del parenchima polmonare si necrotizza e si fluidifica formando cavità grosse quanto un pugno di bambino, ripiene di cenci necrotici; il pus è giallo-verdastro, denso. L'ascesso ha tendenza ad aprirsi un varco verso la cavità pleurica che non verso un bronco; questa sua migrazione verso la superficie trova una spiegazione nel fatto che il pus segue il tramite del proiettile. L'infezione è così trasmessa al sangue raccolto nella pleura non solo, ma aprendosi l'ascesso, i frammenti polmonari liberi nella cavità ascessuale migrano nel cavo pleurico.

A volte le ferite da schegge di granata possono produrre una vera distruzione del parenchima polmonare; è raro il curare tali tipi di feriti, poichè muoiono per la maggior parte sul campo di battaglia. Lembi di tessuto polmonare in tal guisa primitivamente staccati dall'organo possono rimanere liberi nello spazio pleurico, e, costituendo un corpo estraneo morto, essere causa di suppurazione della pleura; infine lembi di tessuto polmonare incompletamente staccati dal passaggio del proiettile cadono in necrosi e a poco a poco si staccano completamente per mancanza di nutrizione.

Con tre meccanismi diversi possono essere messi in libertà nel cavo pleurico frammenti di tessuto polmonare in seguito a gravi traumatismi:

1° Rottura primitiva del polmone con separazione di frammenti del parenchima.

2° Sfacelo per ischemia di un lembo già staccato incompletamente dal proiettile.

3° Eliminazione di frammenti di tessuto polmonare in seguito ad ascesso gangrenoso.

Dei casi che ho riferito la prima osservazione di Desmarest è un esempio della seconda categoria, i frammenti polmonari erano semplicemente mummificati e non necrotici, probabilmente per mancanza di nutrizione. Nella seconda osservazione del medesimo autore l'aspetto necrotico e l'odore gangrenoso del pus e dei frammenti polmonari non lasciano alcun dubbio trattarsi della necrosi settica di un lembo di tessuto primitivamente staccato dall'organo.

Nel caso da me riferito non esiterei a pensare che in seguito alla ferita da proiettile di shrapnel essendo stati portati profondamente pezzi

di stoffa, si sia formato un ascesso polmonare a tipo gangrenoso con messa in libertà di frammenti di parenchima. L'ascesso non si è svuotato in un bronco (mancò infatti il caratteristico espettorato purulento e fetido), ma si è fatto strada verso la superficie del polmone e si è aperto spontaneamente nel cavo pleurico. L'esistenza di un ascesso polmonare era già stata posta in discussione e giudicata probabile per la temperatura febbrile, la dispnea grave, i dolori toracici, e per la zona di netto timpanismo a confini ben delimitati (e che era andata progressivamente aumentando di dimensione) esistente alla parte anteriore del torace.

I frammenti di polmone rinvenuti alla costotomia dapprima rinchiusi entro la cavità ascessuale, emigrarono con tutta probabilità nella pleura secondariamente essendosi l'ascesso fatto strada alla superficie del polmone.

La presenza di frammenti non hanno aggravato il decorso della malattia: infatti l'ammalato appena operato e convenientemente curato rapidamente migliorò.

Dalla zona di guerra, aprile 1918.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Conferenza chirurgica interalleata. 5ª sessione.

(*La Presse Médicale*, 12 dicembre 1918).

La « Conferenza chirurgica interalleata per lo studio delle ferite di guerra » ha tenuto la sua 5ª sessione, in Val-de-Grâce, dal 18 al 21 novembre scorso. Le sei questioni su cui essa doveva deliberare erano:

1° L'anestesia in chirurgia di guerra; 2° La sieroterapia antigangrenosa; 3° Il trattamento delle ferite articolari dell'anca da proiettili di guerra; 4° Le ferite del rene da proiettili di guerra; 5° Le ferite della mano da proiettili di guerra; 6° I risultati immediati e lontani del trattamento degli aneurismi artero-venosi.

Ecco le conclusioni:

I. CONCLUSIONI SULL'ANESTESIA IN CHIRURGIA DI GUERRA.

1° L'anestesia generale dev'essere largamente utilizzata in chirurgia di guerra. Essa costituisce il metodo di scelta.

2° Le sostanze impiegate sono, per ordine di preferenza:

a) il protossido d'azoto associato all'ossigeno;

b) l'etere, e più specialmente l'etere riscaldato;

c) il cloretile;

d) il cloroformio.

Ciascuna sostanza va somministrata a dosi piccolissime.

Il cloroformio è sconsigliabile.

3° Per i feriti gravi o in *shock*, i metodi anestesici raccomandabili sono:

il protossido d'azoto associato all'ossigeno;
il cloretile;
l'anestesia locale.

Nelle armate inglesi ed americane si utilizza più particolarmente l'etere riscaldato.

4° L'anestesia per inalazione è dannosa nei feriti che hanno subito l'azione dei gas tossici e dell'iprite. In questi casi sono indicate la rachianestesia o l'anestesia locale.

5° In caso di attività chirurgica intensiva si può cominciare l'anestesia col cloruro d'etile, e, se è necessario, proseguirla con l'etere.

6° Le anestesie locali e regionali non sono indicate che per operazioni limitate e in periodo di attività chirurgica ridotta.

7° L'anestesia locale trova le sue principali indicazioni nelle ferite del cranio, l'anestesia locale e l'anestesia regionale nelle ferite della faccia.

8° Per le ferite delle vie aeree e digestive superiori è indicata l'anestesia per intubazione.

9° Per le ferite del torace l'anestesia generale è il metodo di scelta.

10° In tutte le anestesie bisogna attribuire la massima importanza alla tensione arteriosa e alla colorazione normale del viso.

II. CONCLUSIONI SULLA TERAPIA ANTIGANGRENOSA.

1° La sieroterapia antigangrenosa ha dato risultati favorevoli.

2° La diversità dell'infezione necessita una sieroterapia polivalente. Attualmente i sieri impiegati sono: il siero anti-perfringens, il siero anti-vibrione settico, il siero anti-edematoso.

3° La sieroterapia preventiva ha nettamente diminuito la frequenza della gangrena gassosa.

4° La sieroterapia curativa ha dato egualmente risultati molto incoraggianti.

5° La sieroterapia dev'essere precocissima. Le dosi di siero devono essere relativamente considerevoli o ripetute.

6° La sieroterapia antigangrenosa sembra attualmente un utile coadiuvante dell'atto operativo tanto dal punto di vista preventivo che curativo.

III. CONCLUSIONI SUL TRATTAMENTO DELLE FERITE ARTICOLARI DELL'ANCA DA PROIETTILI DI GUERRA.

1° Le regole generali del trattamento delle ferite articolari sono egualmente applicabili all'anca. La profondità dell'articolazione coxo-

femorale rende la prognosi delle ferite più grave di quella delle altre grandi articolazioni, date le condizioni sfavorevoli per la diagnosi precoce, l'intervento operatorio e il drenaggio in caso d'infezione.

2° Le ferite articolari senza lesioni ossee o con lesioni ossee minime, se riconosciute nelle prime ore, vanno trattate con l'artrotomia ideale: escisione del tragitto nelle parti molli, incisione capsulare, evacuazione dell'emartro, asportazione dei corpi estranei, eventuale *curettage* delle lesioni ossee, nettamento e sutura.

3° Le fratture comminutive intracapsulari, nelle prime ore, vanno trattate con la resezione capito-cervicale il più economico che sia possibile.

4° Le fratture comminutive extracapsulari con fessure irradiate all'articolazione devono essere trattate come fratture extra-articolari: scheggiectomia economica, nettamento accurato del focolaio, disinfezione chimica o tamponamento, sutura secondaria.

5° L'artrite suppurata coxo-femorale complicante le lesioni intra- o extra-articolari richiede la resezione d'urgenza dell'estremità femorale.

6° Le cure post-operatorie dopo la resezione, particolarmente l'attitudine e l'immobilizzazione, hanno una grandissima importanza. Riesce utile di far camminare gli operati più presto che si può con l'aiuto di apparecchi ortopedici.

7° I risultati *quoad vitam* sono buoni nelle resezioni primitive e secondarie ritardate: sono molto più aleatorî nelle resezioni secondarie precoci intrafebbrili.

8° I risultati funzionali sono in rapporto con l'epoca dalla resezione e l'estensione del sacrificio osseo: in generale ottimi per le resezioni intra-capsulari, meno favorevoli nelle resezioni trans- o sotto-trocanteriche.

IV. CONCLUSIONI SULLE FERITE DEL RENE DA PROIETTILI DI GUERRA.

A) *Ferite isolate del rene.* — 1° Allorchè i segni locali, i sintomi generali, l'esame radioscopico permettono di concludere per una lesione isolata del rene, senza altra ferita viscerale, l'astensione è preferibile nei casi seguenti:

a) Il proiettile che ha determinato il setone o che è rimasto incluso presenta un piccolissimo volume;

b) L'ematuria è poco abbondante e tende a diminuire progressivamente nei giorni seguenti;

c) Non esiste ematoma perirenale voluminoso.

Negli altri casi è preferibile intervenire.

2° Le indicazioni della nefrectomia parziale o totale sono:

a) le emorragie primitive gravi;

b) le emorragie secondarie ripetute;

c) le infezioni gravi.

Durante l'operazione, la conservazione o l'asportazione del rene saranno dettate dallo stato del parenchima.

3° Prima di ogni nefrectomia, bisogna assicurarsi delle condizioni dell'altro rene.

B) *Ferite del rene associate a lesioni d'altri organi.* — La coesistenza di una ferita viscerale intra-addominale imporrà la laparotomia laterale o mediana secondo il tragitto del proiettile. Le operazioni ulteriori saranno condotte secondo le indicazioni fornite dall'esplorazione della regione renale.

Nelle lesioni toraco-addominali bisogna trattare separatamente il polmone e il rene, chiudendo accuratamente la breccia diaframmatica per isolare i due focolai.

V. CONCLUSIONI SULLE FERITE DELLA MANO DA PROIETTILI DI GUERRA.

1° Le ferite della mano obbediscono alle leggi generali del trattamento delle ferite di guerra. Il metodo conservativo deve essere qui spinto ai suoi ultimi gradi.

2° Le operazioni immediate sono, di preferenza, operazioni economiche, permettendo la riunione per prima intenzione, con restaurazione chirurgica dei tendini e dei nervi.

Una resezione ossea limitata può essere praticata per ottenere una cicatrice in buona posizione.

3° Durante la cicatrizzazione, l'immobilità del focolaio traumatico in buona attitudine, la mobilizzazione immediata, passiva o attiva, di tutte le parti sane e la mobilizzazione precocissima della regione malata si impongono.

4° Dopo la cicatrizzazione, è ancora la mobilità che bisogna cercare di ottenere.

5° Le lesioni ossee o articolari delle dita vanno trattate allo stesso modo dei grandi segmenti ossei degli arti, vale a dire con la scheggiectomia e la riunione primitiva o secondaria precoce.

Per il pollice, la resezione articolare è sempre preferibile ad un'amputazione.

6° Allorchè un dito è votato alla rigidità completa, senza possibilità di mobilizzazione, bisogna amputarlo.

La resezione della testa del metacarpo corrispondente è indicata sopratutto dopo la disarticolazione dell'indice e del mignolo.

7° Nelle fratture dei metacarpi, la scheggiectomia totale è necessaria e sarà praticata di preferenza dalla via dorsale.

8° Nelle lesioni carpo-metacarpiche, la resezione sarà generalmente limitata alle sole ossa affette.

9° Le sezioni o perdite di sostanza dei tendini saranno riparate secondo la tecnica abituale, variabile con la sede e l'estensione delle lesioni.

10° In caso di estesi sfaceli della regione metacarpica, bisogna preferire l'amputazione alta del metacarpo alla disarticolazione del polso.

VI. RISULTATI IMMEDIATI E LONTANI DEL TRATTAMENTO DEGLI ANEURISMI ARTERO-VENOSI.

1° L'aneurisma artero-venoso, salvo rarissime eccezioni, non guarisce spontaneamente.

2° Bisogna dunque intervenire chirurgicamente per evitare eventuali complicazioni tardive sopratutto all'arto inferiore.

3° La cura operatoria, ad eccezione dei casi ad accrescimento rapido o con aggravamento dei disturbi funzionali, deve essere ritardata al di là del secondo mese.

4° L'operazione ideale consiste nella separazione dei due vasi e la sutura laterale degli orifici vasali.

5° Allorchè la breccia vascolare comprende più della metà della circonferenza del vaso e che l'alterazione delle pareti non sorpassa 3 cm. di lunghezza, la resezione e la sutura capo a capo costituiscono il metodo di scelta.

6° Quando un'operazione conservatrice è irrealizzabile, l'estirpazione dei due segmenti vasali anastomizzati è il miglior metodo terapeutico.

7° Allorchè le operazioni precedenti non possono essere realizzate, si praticherà la quadrupla legatura. B. MASCI.

Il fascicolo 1° (15 gennaio 1919) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene i seguenti lavori:

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Stenosi mitralica e tubercolosi polmonare.

I rapporti fra stenosi mitralica e tubercolosi pulmonare secondo i varî autori sono stabiliti in tre modi differenti a prima vista inconciliabili se non addirittura contradditorî:

1° la stenosi mitralica si oppone allo sviluppo della tubercolosi pulmonare a causa della stasi cronica da essa provocata nei pulmoni (legge di Rokitonski);

2° la stenosi mitralica è spesso una lesione tubercolare, ossia la conseguenza cicatriziale di una endocardite bacillare della infanzia, o il risultato dello sviluppo lento di una tubercolosi della valvola, o infine una deformazione dell'orificio dipendente dall'azione sclerosante delle tossine tubercolari sull'endocardio;

3° la stenosi mitralica può provocare una sindrome pseudo-tubercolare dei pulmoni, con alterazioni del mormorio vescicolare agli apici e fenomeni congestivi che possono determinare anche l'emottisi.

Questa sindrome si ha generalmente negli individui gracili e male sviluppati, che la lesione cardiaca originatasi fin dall'infanzia ha condannati ad una distrofia più o meno marcata.

R. Burnaud (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1918, n. 3) pensa che la contraddizione dei fatti sopra enunciati è solo apparente. Infatti la stenosi mitralica è spesso la conseguenza di una lesione tubercolare dell'endocardio benigna nel suo decorso « infiammatorio » secondo il concetto di Poncet; questa lesione può essere talvolta una complicazione di un pseudo-reumatismo anche esso di origine bacillare. Questa localizzazione endocardica non sarebbe che un episodio nel corso di una affezione tubercolare a localizzazioni multiple. Si associerebbe in ispecial modo in alcuni casi a lesioni benigne o latenti degli apici di natura infiammatoria e non distruttiva. Sarebbe in rapporto a questo fatto che la bacillosi pulmonare associata a restringimento della mitrale avrebbe un decorso non grave. In realtà quindi non vi sarebbe antagonismo fra le due affezioni, ma somiglianza nella loro etiologia e nei loro caratteri evolutivi. Per quel che riguarda la sindrome di pseudo-tubercolosi pulmonare determinata dalla stenosi mitralica, bisogna riconoscere che tale sindrome non è solo l'espressione di disturbi circolatorî del pulmone, ma il risultato dell'asso-

ciazione della lesione cardiaca e di un focolaio tubercolare attenuato, localizzata agli apici ed inizialmente benigna. Da ciò i caratteri particolari del quadro clinico: tendenza congestiva della lesione pulmonare, dovuta ad i disturbi meccanici della circolazione pulmonare; tendenza fibrosa dovuta inizialmente ai caratteri anatomo-clinici del focolaio bacillare e secondariamente ai processi istologici, per i quali il tessuto interstiziale del pulmone reagisce alla stasi cronica imposta all'organo.

a. a.

Forme speciali di infezioni stafilococciche.

Nolf, Bossaert e Colard (*Archives médicales belges*, gennaio 1918) descrivono una forma nosologica, in cui la febbre compare improvvisamente, accompagnata da cefalea, prostrazione, dolori agli arti, anoressia, urina febbrile, ecc.; il sistema respiratorio rimane intatto.

Le diagnosi variano secondo le circostanze: dal catarro gastrico febbrile, all'influenza, a forme lievi di tifoide. Viceversa le ricerche praticate sui liquidi e sulle secrezioni dell'organismo dimostrano la presenza di stafilococco piogene, specialmente nell'urina.

Clinicamente non vi è alcun sintomo che prevalga in modo tale da poter supporre la compartecipazione di un dato organo. La cefalea, piuttosto intensa, non è mai accompagnata da nausea o da vomito. La temperatura può salire fino a 40° senza alcuna curva tipica: la milza di solito è un po' ingrossata. Solamente quando la cute viene interessata si possono avere bolle, pustole, od anche esantemi non pustolari. Vi può essere anche angina.

Se gli stafilococchi sono assorbiti dalla cute ed eliminati dai reni, non sempre si trovano nel sangue e nemmeno provocano sintomi orinarî, in causa del loro piccolo numero. Il reperto ematologico non porta spesso alcuna luce, trovandosi normale, anche in caso di emocoltura positiva.

Nei 24 casi osservati dagli AA. vi erano tutte le gradazioni, da una leggera febbricola della durata di pochi giorni, alle gravi setticopiemie. I tipi più interessanti non sono però quelli gravi, che rientrano nelle forme di sepsi già conosciute, ma quelli leggeri, in cui i germi provocano tutt'al più una breve tossicosi. La diagnósi in tali casi si basa specialmente sull'analisi delle urine, poichè l'emocoltura riesce di solito negativa, anche con i migliori perfezionamenti tecnici.

FIL.

Le colibacillosi.

L'azione patogena del *bac. coli* e delle razze microbiche affini è attualmente ammessa da quasi tutti gli autori; una volta oltrepassata la barriera intestinale esso può determinare delle setticemie che si manifestano con disturbi svariati.

La colibacillosi (F. Rathery - *Archives médicales belges*, aprile 1918) possono essere primitive o secondarie. Fra le prime si hanno: *a) forma a tipo bronco-polmonare*, in cui, accanto ai sintomi polmonari predominanti, si osservano anche fenomeni digestivi; *b) forme a manifestazioni digestive;* talvolta si svolgono come una colite dissenteriforme, con crisi dolorose e diarroiche, oppure simulano la febbre tifoide; in tal caso la diagnosi differenziale può farsi solamente per mezzo dell'emocoltura. La malattia si presenta di media gravezza, con stato generale poco turbato e convalescenza abbastanza rapida. Il *bac. coli* però non si riscontra nel sangue che al principio dell'affezione (le emocolture tardive sono negative), e non è mai associato a setticemie tifose.

Come forme di colibacillosi secondarie, l'A. ha osservato un caso di echinococcosi epatica e polmonare che, in seguito a setticemia colibacillare, si è complicata con angiocolite suppurata, seguita da morte.

FIL.

SEMEIOTICA.

Una speciale reazione pupillare degli epilettici.

È noto che il riflesso pupillare alla luce consiste nella contrazione dello sfintere irideo (eccetto che nei rari casi del riflesso paradosso), il quale conserva più o meno a lungo la sua contrazione pur continuando l'azione dello stimolo luminoso.

Arturo Morselli (*Quaderni di Psichiatria*, vol. III, n. 11-12) ha constatato che negli epilettici durante il periodo interparossistico la pupilla in più del fatto di contrarsi più o meno prontamente e talvolta anche pigramente, presentá subito dopo quando non sia influenzata da cure bromiche, un particolare fenomeno. Se infatti sull'occhio di questi ammalati posti in ambiente con luce moderata, si fa cadere un raggio luminoso con una lampadina tascabile, in modo che la luce colpisca obliquamente la pupilla, si osserva che questa in un primo tempo si contrae e che immediatamente dopo, sotto il medesimo stimolo luminoso, si rilascia con vivace tendenza a riassumere la posizione primitiva attraverso ad una serie

di successive contrazioni e dilatazioni. In questo clono, dalle scosse piuttosto lente e poco numerose per l'indebolimento progressivo delle contrazioni, la pupilla acquista in ogni dilatazione un diametro sempre più ampio sino a raggiungere o quasi quello primitivo statico. Il fenomeno, che non ha valore specifico perchè constatato in altre cerebropatie, è la espressione di una condizione di debolezza irritabile nelle fibre muscolari dello sfintere irideo, cioè una ipotonia ed una transitoria irritazione. Esso presenta una evidente analogia con altri cloni ben conosciuti: come ad es. quello del piede è determinato da una forte estensione, così quello della pupilla si origina da una contrazione dell'iride; l'uno esprime uno stato patologico spinale di natura organica, l'altro indica la esistenza di un'anormale condizione del nervo oculo-motore e quindi dell'encefalo. L'A. attribuisce al segno sopratutto un interesse medico-legale. DR.

TERAPIA.

Cura abortiva della blenorragia.

Blaschko (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1918, num. 39) riferisce un metodo di cura abortiva della blenorragia. Inietta con una siringa uretrale ad estremo tronco 10-20 cmc. di una soluzione al 2 % di albargina, che è una combinazione di argento e gelatosio. Si lascia quindi il liquido nell'uretra per 3-4 minuti chiudendo con le dita il meato urinario mentre con l'altra mano si fa pressione sul canale per modo che il medicamento sia trattenuto nella porzione anteriore. A distanza di un minuto si ripete l'operazione, ed eventualmente una terza volta, sempre dopo qualche minuto qualora il liquido della seconda iniezione fuoriesca torbido per la precipitazione del cloruro argentico, ciò che dimostra che il liquido si è mescolato all'urina. L'iniezione di solito non provoca dolore. Per fare agire il preparato d'argento più a lungo si raccomanderà al paziente di trattenersi dall'orinare quanto più può. Già all'indomani la secrezione ed il dolore di solito diminuiscono. Si praticheranno allora nei giorni successivi a distanza di tre minuti due iniezioni di soluzione più debole all'1 %. E si insisterà fino a scomparsa della secrezione ricorrendo alla soluzione di albargina più forte, ossia al 2 % quando il trattamento non è coronato da successo, e adoperando maggior quantità di una soluzione più debole al 0.20 % quando la secrezione fosse molto abbondante.

Con questo trattamento non si avrebbero a temere complicazioni, come cistiti, epididimiti o prostatiti.

Ad ogni modo il successo dipende sempre da determinate condizioni cliniche. Di regola migliori risultati si hanno quando il dolore manca o è leggero, il secreto è scarso ed è mucoso, non ancora purulento, ed i gonococchi sono extracellulari, come si osservano dopo i primi giorni del contagio.

L'A. infine afferma in base alle sue numerose osservazioni fatte a lunga distanza di tempo che una volta avvenuta la guarigione questa è radicale e sicura, nel senso che non si possono temere riaccensioni del processo infettivo. *a. a.*

Le indicazioni del cateterismo permanente della vescica.

Casper (*Medizinische Klinik,* 1918, pag. 49) osserva che il cateterismo permanente si pratica molto limitatamente, mentre esso riesce vantaggioso in parecchie affezioni. È utile nelle ferite e nei para- e periflemmoni dell'uretra e nelle ferite della vescica extra-peritoneali, nelle cistiti gravi: ma queste ben note indicazioni non costituiscono un limite alla utilità del cateterismo permanente. Esso è spesso necessario nelle ritenzioni di urina, specie in quelle dipendenti da restringimenti dell'uretra e da ipertrofia della prostata, specie quando la cronicità e la gravità di queste condizioni richiederebbe una cateterizzazione molto frequente con molta molestia per il paziente e con aumentato pericolo di infezione. D'altra parte in questi casi il cateterismo permanente oltre ad essere comodo per il paziente, oltre a diminuire gli eventuali pericoli del cateterismo ripetuto, giova anche perchè il costante drenaggio mette la vescica in assoluto riposo, il che contribuisce a diminuire la congestione della prostata.

Non meno giovevole è nel trattamento delle emorragie vescicali. Talvolta basta il riposo determinato dal drenaggio costante per far arrestare la emorragia. D'altra parte il cateterismo permanente facilita la emissione del sangue, il cui ristagno può essere nocivo, ed insieme permette, anche senza soverchie molestie per l'infermo, il lavaggio della vescica e la introduzione di farmaci emostatici ed anti-putridi.

In alcune forme di cistiti refrattarie ad altri metodi di cura si possono avere spesso buoni risultati mediante la irrigazione di antisettici ripetuta dieci o trenta volte al giorno attraverso il catetere permanente.

Ci sono molte affezioni in cui per il ristagno prolungato dell'urina in vescica è indispensabile il cateterismo permanente, senza di che per azione dei prodotti fermentativi e per gli sforzi stessi fatti per espellerli, la vescica di-

venta ipertrofica e per il riassorbimento dei prodotti della decomposizione la mucosa si infiamma e si sviluppano i sintomi generali della sepsi. Tutti questi sintomi svaniscono o diminuiscono quando si assicura un catetere in vescica.

Il cateterismo permanente trova un'altra indicazione nella diminuzione dell'attività renale dipendente da ipertrofia prostatica.

In ogni caso il catetere che meglio risponde allo scopo è quello di Nelaton.

Il cateterismo permanente non è pericoloso: per quanto si tratti di un corpo estraneo che irrita un po' l'uretra, non si hanno mai processi infiammatorî e tanto meno ulcerativi. Può darsi che esso possa determinare una infezione della vescica, ma questo eventuale inconveniente di fronte ai sicuri vantaggi non ha alcuna importanza. *a. a.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1030) *Prurigine epidemica.* — All'abb. n. 2392, Licenza.

Non sappiamo se l'abbonato intenda, per «rogna americana» una dermatite osservata anche da noi in questi ultimi tempi, che pare identificabile con la *prurigine epidemica microbica* descritta recentemente, la quale sarebbe frequente soprattutto in Andalusia e di cui per ora non si conoscono molti particolari specie per quanto riguarda la cura e la profilassi. (Cfr. SAMPIETRO. *Prurigine epidemica*, Annali d'Igiene, 30 novembre 1918, pag. 624).

Se in ogni modo nei suoi casi non si tratta di scabbia vera e propria, è consigliabile d'indagare se non si abbia a che fare con un'acariasi di origine animale oppure con una «rogna da grano» da *pediculoides ventricosus*, che suole osservarsi sui contadini, mugnai, ecc., oppure con la dermatosi dei fornai, pasticceri, ecc., da *tiroglyphus farinae*.

Per tutte queste forme parassitarie, cfr. il mio manuale «Le dermatosi dei lavoratori» edito dal giornale il «Policlinico», pag. 34 e seguenti.

Aggiungiamo che la designazione di «rogna americana» non ci sembra molto felice nè meritevole di essere accolta.

V. MONTESANO.

(1031). Al dott. N. I. da Bari:

La soluzione di acido picrico in glicerina non esplode e non deflagra, neppure se investita da una fiamma.

Nel fascicolo scorso, verso la fine della necrologia del dott. Nacamù, leggere: ... il tributo vivo di sentimento...

VARIA.

La tossicità delle uova.

Le uova, considerate dapprima come un alimento molto digeribile, sono oggi sospette sotto molti punti di vista.

Anzitutto, per quanto riguarda la loro digeribilità, occorre considerare che le uova sono un alimento grasso e che i dispeptici e gli epatici digeriscono male i grassi; siccome però non si possono eliminare completamente i grassi dalla digestione, non v'è in fondo un grande inconveniente nel permettere il grasso delle uova, che è anzi raccomandabile per la sua composizione e la sua perfetta emulsione. La lecitina poi in essi contenuta è un buon eccitante della nutrizione.

Si riteneva un tempo che l'albumina cruda dell'uovo fosse più digeribile che la cotta, mentre ora le esperienze di diversi autori hanno dimostrato il contrario. Lo stesso fatto che l'albume crudo abbandona rapidamente lo stomaco dimostra che non vi è punto digerito, mentre il contrario succede per quello cotto; è un fatto poi che l'albume crudo ha un'azione nociva sul rene, dovuta probabilmente a tossine distrutte dal calore. Ad ogni modo non v'è alcuna ragione seria per proibire le uova ben cotte agli epatici ed agli albuminurici; solamente si deve limitarne molto l'uso nelle affezioni che si accompagnano con ipercolesterinemia (litiasi biliare, nefrite interstiziale).

Per alcuni soggetti, sovratutto epatici, poi, le uova manifestano una speciale tossicità, che da alcuni si è ritenuta una manifestazione anafilattica, e che è forse dovuta invece a tossine indeterminate, distrutte dal calore; in tali casi si proibirà l'uso dell'uovo solamente dopo esserci assicurati che la tossicità si manifesta ugualmente anche dopo una buona cottura dell'uovo. FIL.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

FICI VINCENZO. *Le anomalie morfologiche nei rapporti con la tubercolosi polmonare.* Un vol. in-4° con 36 figure e 15 tavole. — Off. tipo-litogr. Barravecchia e Balestrini, Palermo. Prezzo L. 10.

La dottrina morfologico-clinica, dovuta al felice intuito del De-Giovanni, non ha avuto finora che una scarsa diffusione, sebbene si presenti attraente anche dal punto di vista della biologia generale. Ne sono forse causa il fanatismo di qualche discepolo, che ha finito col ridurre l'investigazione clinica ad una misurazione metrica, mettendo in cattiva luce

il metodo; oppure la mancanza di una etichetta straniera, che, agli occhi di molti, lo renda più pregevole.

Con questo lavoro, uscito dalla scuola del Viola, che di tale metodo è vivace assertore, l'A. applica la dottrina morfologica allo studio della tubercolosi polmonare. Le osservazioni sono state fatte sopra un largo materiale di 278 tubercolosi raccolti a caso in un sanatorio, e completate da notizie anamnestiche e cliniche sullo stato presente e sul decorso. È messa bene in rilievo la differenza fra l'unilateralità di vedute di certi autori (che da una sola anomalia morfologica facevano dipendere la predisposizione alla tubercolosi) e la larga visione italiana, che abbraccia tutto l'*habitus* nel suo complesso. Risulta dimostrato che l'abito tisico (longitipo) rappresenta una condizione morfologica generale dell'organismo, predisponente alla infezione specifica, e che detto abito non è affatto il portato secondario della denutrizione. La stessa evoluzione della malattia subisce poi un andamento diverso secondo l'abito.

Il lavoro contiene altresì molte considerazioni di indole generale ed i particolari tecnici del metodo morfologico. FIL.

C. CASSIOLI. *Cura chirurgica ed etiologia della stitichezza cronica*. Un vol. in-8° di pag. 200 con fig. — Tip. Bonducciana A. Meozzi. Firenze.

Alla stipsi cronica, che affligge oggi buona parte della umanità, i patologi vanno rivolgendo da qualche anno l'attenzione, aiutati dal notevole sussidio della radioscopia. In questa pubblicazione l'A., che ha al suo attivo una gran pratica chirurgica, dopo brevi cenni sulla fisiologia del tubo intestinale, studia i momenti eziologici della stitichezza, sorvolando su quelli di spettanza puramente medica, per soffermarsi largamente sulle cause più evidentemente meccaniche, le quali rientrano nel campo della chirurgia (briglie di Lane, spostamenti dei visceri viciniori, tumori, ecc.). Segue da ultimo un capitolo delle operazioni praticabili per la cura chirurgica della stitichezza cronica, con molti consigli di pratica utilità. *ini.*

JAMES TODD. *Experiments with oxygen on disease*. Un volume rilegato in-4°, di 225 pag., con figure e diagrammi. — Pubblicato a spese dell'A. a Pittsburg.

L'equilibrio chimico del nostro organismo è basato sulle ossidazioni e riduzioni, ciò che giustifica il concetto che l'ossigeno sia l'elemento dominante della vita organica. Quando il corpo vivente subisce uno squilibrio chimico, in modo che gli agenti riducenti prendano una preponderanza sia pur lieve, ne risulta una perdita dei poteri naturali di difesa. Quando si rifornisca all'organismo l'ossigeno necessario per ristabilire l'equilibrio chimico, si potranno aumentare i processi di difesa in modo tale che l'organismo potrà superare la malattia.

L'A., partendo dalle premesse qui sopra esposte, ha fatto numerosi esperimenti usando l'ossigeno nella sua forma più attiva, cioè l'ozono, a concentrazioni variabili.

Gli esperimenti sono tutti rappresentati graficamente in modo molto dimostrativo; risulta da essi anzitutto l'innocuità del trattamento, quando la concentrazione dell'ozono non superi il 4 %. Con il suo uso si è potuto prolungare di molto la vita di cavie tubercolotiche, e in diverse fra esse portare la guarigione; ciò è stato ottenuto, non già perchè tale trattamento sia un vero metodo di cura, ma perchè mediante esso si aumenta la resistenza dell'organismo. Buoni risultati sono stati ottenuti dall'A. anche in uomini affetti da altre malattie, quali il morbo di Bright e il diabete.

Il volume si chiude con alcune considerazioni teoretiche sull'ozono. FIL.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per l'esercizio dei medici italiani all'estero.

Sig. Redattore-capo del *Policlinico*,

« A quelque chose malheur est bon »....

La guerra, causa di tanti mali, non potrebbe dare, forse, un *piccolo bene* ai medici costretti ad emigrare nel « dopo-guerra »? Questa guerra ci ha fatto diventare alleati di tanti paesi che hanno visto, in questi anni di sangue, lavorare affratellati, insieme, medici di quasi tutte le Nazioni, constatandone, nello stesso tempo, la capacità professionale: dopo di ciò non dovrebbero, almeno i paesi alleati, dare quel che si può chiamare « *libertà professionale* » alla classe medica, il che sarebbe un piccolo favore, reciproco, fra i medici alleati?

Noi ci spiegheremo meglio.

Il medico italiano, che il destino fa emigrare verso l'Argentina od il Brasile, l'Uruguay od il Perù, appena messo piede a terra, non è più medico perchè le leggi di detti paesi gli proibiscono, come si sa, l'esercizio della professione. Perchè possa esercitare la sua nobile professione in paese straniero il medico italiano (del resto, anche i colleghi delle altre nazioni hanno o subiscono la stessa sorte!) deve subire nuovi esami, esami molte volte insuperabili, per un mal compreso « giacobinismo » da parte dei figli del paese.

Il sarto, il calzolaio, lo chauffeur, ecc., insomma qualsiasi operaio che dalla nazione A vada alla nazione B, senza sostenere esami può liberamente compiere il suo mestiere. Solo al medico non è permesso lavorare senza esami, evidentemente per la maggiore responsabilità che gli spetta, inerente alla maggiore *delicatezza* della sua professione. E perciò si mette in dubbio la sua capacità professionale? Allora la nazione B ammette che la nazione A (e viceversa) non badi molto alla responsabilità dei medici.... Quasi che un paese ammetta che l'altro consenta l'assassinio....

Ora, lasciando da parte il medico emigrato, ciò è offensivo per tutta la classe, ed oltre la classe: non può non arrecare offesa alla nazione!

La scienza non è universale?

Oggigiorno i corsi di Medicina si può dire che sono uguali in tutto il mondo. Se qualche piccola differenza v'è di programma, questa potrebbe sparire in seguito ad un Congresso per l'uniformità di programma, se tale uniformità fosse poi proprio indispensabile.

Speriamo che il *Policlinico*, col peso della sua autorità, voglia prendere l'iniziativa d'una campagna a favore di quest'intercambio professionale, ricordandosi che domani migliaia di que' valorosi che ancora oggi indossano la gloriosa divisa, saranno, forse, costretti ad emigrare per le Americhe, e le Americhe, salvo poche eccezioni di paesi, sono tutte nostre alleate e molte di loro, pur non avendo mandato soldati a combattere a fianco ai nostri soldati, hanno mandato medici a lavorare a fianco ai nostri medici.

Quindi, noi che nella guerra abbiamo riconosciuto buona l'opera loro, possiamo benissimo nel « dopo-guerra » trattarli come pari: essi saranno medici in Italia e gli italiani lo saranno in America ed altrove.

Rio de Janeiro, 2 dicembre 1918.

Dott. NICOLA CIANCIO.

Volentieri facciamo nostre le vedute espresse dall'egregio collega, il quale fa un apprezzamento troppo benevolo e lusinghiero, sul valore del nostro appoggio. La sua proposta è più che ragionevole e noi confidiamo che si farà strada.

Pei medici condotti.

L'egregio dott. « Pangloss », in uno degli ultimi numeri del *Policlinico* giustamente rilevava il fatto che, riguardo alla smobilitazione dell'esercito « si sarebbe potuto attendere che col cessare delle ostilità da ogni parte si fosse fatto pressione per sollecitare un provvedimento che per tanti anni dalla grande maggioranza era con ansia desiderato » mentre invece « ad un mese e mezzo di distanza dalla data dell'armistizio, nessuna impazienza si è manifestata, nessuna voce tranne quella di qualcuno, ma senza accento di sincerità e di convinzione, ha reclamato che i cittadini fossero inviati alle loro case ».

Se non che l'articolista termina così: « Per ora possiamo concludere affermando come sufficientemente dimostrato che le necessità dell'assistenza civile, l'economia statale, gli interessi della classe medica giustificano come urgente il congedo dalle armi dei medici condotti ».

Ebbene io rilevando la contraddizione, affermo che i medici condotti non vogliono esser smobilitati perchè, se anche le necessità dell'assistenza civile e l'economia statale giustificano tal provvedimento, gli interessi della loro classe vi si oppongono.

I medici condotti possono distribuirsi presentemente in tre categorie. In una prima quelli richiamati sotto le armi ed adibiti al servizio militare: in una seconda quelli che, richiamati sotto le armi, furono poi comandati ai servizi civili: in una terza quelli che rimasero per varie ragioni nelle proprie residenze.

Orbene, considerando lo stipendio che i medici condotti percepivano prima della guerra, stipendio medio di lire 3500, che da pochi Comuni fu aumentato della piccola indennità caro-viveri del primo Decreto Luogotenenziale, non può ritenersi che essi desiderino la smobilitazione per interessi economici perchè i medici condotti della prima categoria, i più giovani, se sottotenenti o tenenti hanno raddoppiato il loro stipendio coll'indennità di guerra o altre indennità e quindi percepiscono sopra 4500 lire, se capitani hanno già uno stipendio che coll'indennità caro-viveri supera la detta somma, quelli della seconda categoria più anziani e quindi capitani hanno lo stipendio del loro grado colla stessa indennità ed altre, quelli infine della terza categoria, per l'assenza dei colleghi richiamati, percepiscono uno stipendio duplicato, spesso triplicato per avere uno o due scavalchi nei paesi limitrofi.

Possono quindi i medici condotti desiderare il ritorno ad uno stipendio di circa 10 lire al giorno, insufficiente pei bisogni della vita attuale, inferiore perfino al salario di un operaio della campagna?

Ma oltre ad interessi economici si oppongono alla immediata smobilitazione dei medici condotti interessi morali.

Tutti sanno quale è la condizione della maggioranza dei medici condotti, cioè quelli dei piccoli Comuni. In cambio di uno stipendio di fame e solo perchè direttamente dai Comuni corrisposto, essi debbono sottostare all'arbitrio di amministratori di cui talvolta è perfino discutibile il senso morale, vengono sballottati tra gli opposti partiti locali, odiati se tentano applicare le leggi sanitarie e i regolamenti d'igiene o se sono corretti nella compilazione dei certificati, senza speranza di una carriera che ne migliori le sorti, lontani da centri d'istruzione, con lavoro per lo più anche fisicamente gravoso, contraccambiati sempre con ingratitudine.

Il comm. Lusignoli, giorni addietro, così si esprimeva con un redattore del *Messaggero*: «Non vi è chi non sappia la vita difficile che nell'ambito di un Comune è generalmente destinato a vivere un medico condotto, il quale non di rado diventa un ramo secco del grande tronco della scienza: pensi se questo medico potesse avere la sua carriera, potesse aspirare a residenze migliori, potesse ambire all'onore di un primariato di un grande ospedale».

Occorre dunque riparare alla condizione morale ed economica dei medici condotti prima della smobilitazione: a questo hanno diritto dopo il contributo di sacrifici e di sangue da essi dato alla nostra vittoria, dopo la prova di abnegazione nella recente pandemia.

E l'interesse particolare della classe dovrebbe coincidere con un interesse sociale imponendosi una riforma dell'assistenza sanitaria nei piccoli Comuni.

Allo stato attuale delle cose l'opera del medico tra le popolazioni povere dei piccoli Comuni riesce del tutto inefficace: l'assistenza sanitaria gratuita, le medicine gratuite riescono nulle pei poveri che non hanno nei loro tuguri l'alimentazione adatta, le biancherie, la pulizia dell'ambiente, l'aria, la luce, che più delle medicine sono necessarie nella cura dei morbi. Occorre quindi che anche i poveri dei piccoli Comuni, come quelli delle città possano essere ospedalizzati poichè la loro cura a domicilio è impossibile.

Così pure l'opera dell'ufficiale sanitario, finchè tale carica sarà affidata al medico condotto dipendente dal Comune, è presso che nulla: perchè se si vuole che per questo funzionario la vita possa riuscire appena sopportabile non si può costringere ad applicare regolamenti d'igiene al cittadino influente che accumula le immondizie sulla soglia del vicino, all'assessore macellaio che vende carne non bollata, al sindaco droghiere che vende cicoria per caffè.

So che i varî Ordini dei medici si stanno accordando sui provvedimenti da chiedere al Governo pel dopo-guerra, ma io vorrei che nelle loro questioni i medici condotti alzassero forte la loro voce, poichè essi soli sono al grado di illuminare l'opinione pubblica e le autorità; vorrei che si accordassero sui capisaldi di una riforma completa e questi potrebbero essere:

Istituzione di un Ministero della Sanità pubblica ed avocazione allo Stato della profilassi delle malattie e dell'assistenza sanitaria ai poveri. Abolizione della condotta piena e classificazione delle condotte pei poveri a seconda dell'importanza delle residenze per assicurare una carriera ai medici condotti. Istituzione di ospedali mandamentali e consorziali per assicurare l'ospedalizzazione dei poveri dei piccoli Comuni.

Dott. GIUSEPPE M. NOBILI
medico condotto.

L'egregio collega prende lo spunto da alcune nostre considerazioni sulla necessità di smobilitare prima degli altri ufficiali medici i medici condotti, per mettere in evidenza le tristi condizioni di questi ultimi e sollecitare gli opportuni provvedimenti. E sta bene. Ma da ciò a pretendere che per il fatto che la paga degli ufficiali è superiore a quella dei medici condotti, questi non debbano essere congedati, il passo è lungo e pericoloso.

Il fascicolo 1° (1° gennaio 1919) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

Cronaca del movimento professionale.

La libera Associazione dei medici di Trieste

tenne alla metà di dicembre p. p. il suo Congresso generale ordinario dopo un lungo intervallo causato dalla guerra.

Il presidente dott. Mann inneggiò alla redenzione delle nostre terre, in grazia alla quale i medici della regione entrano a far parte della famiglia dei medici d'Italia, e commemorò i soci defunti, parecchi di questi vittime della guerra.

Il segretario dott. Jacchia riferì sulla limitata attività sociale nel periodo decorso, sulle norme fissate in assemblee di medici relative alla riassunzione ai loro antichi posti di medici reduci dal servizio militare, e sui patti provvisorî conclusi con la Cassa distrettuale per la cura dei congiunti degli affiliati. Fece notare che in verbale esteso dalla direzione stessa della Cassa i patti allora conchiusi devono venir discussi e ratificati dalle associazioni mediche.

Dopo animate discussioni, che vertono sui più importanti problemi di urgente interesse per la casta medica, l'assemblea prende i seguenti deliberati:

che si riassumano in servizio, salvo motivi giustificati, ai loro antichi posti, i medici reduci dal servizio militare;

che resti fermo il deliberato preso a suo tempo dalla L. A., che le cure mediche ai congiunti degli affiliati alle Casse non sieno estese a quegli affiliati, che percepiscono mercedi tali che permettono loro di ricorrere a medici privati;

che la direzione sociale interessi le autorità a concedere d'ora in poi l'esercizio dell'arte medica in città solo a cittadini italiani e a medici oriundi o pertinenti alle terre redente, e ciò per evitare che elementi antinazionali si calino dalla ex Austria a stabilirsi fra noi, approfittando del periodo di transizione;

che la direzione si interessi inoltre per far migliorare le condizioni dei medici subalterni degli ospedali civici.

A voti unanimi l'assemblea delibera poi l'espulsione del dott Alpron, ritenendolo indegno di far parte del sodalizio, per aver infranto i più elementari doveri di cittadino e di medico.

A membri della nuova direzione risultarono eletti i dottori Mann a presidente, Ravasini e Cosolo a vice-presidenti, Grandi, Fleischmann, Jacchia, d'Este, Romolo Liebmann e Dolcetti a direttori.

Federazione nazionale per la Vigilanza igienica.

Dopo un periodo di forzata tregua, a causa della straordinaria situazione internazionale, la Federazione riprende con fede la sua attività, rivolgendola specialmente ai problemi igienico-sanitari del dopo-guerra, di alta importanza sociale, ed al riordinamento dei servizi di vigilanza, condizione essenziale per la risoluzione dei problemi stessi.

La Presidenza Federale ha convocato in Roma per il giorno 8 febbraio corr., il Consiglio direttivo, allo scopo di discutere in merito ai sopraindicati argomenti, nonchè alle direttive da seguire, al programma da svolgere ed alla opportunità di indire l'assemblea generale, per dar modo alla classe di prospettare al Governo le necessità dell'attuale storico momento.

La riunione del Consiglio federale segnerà la ripresa dell'azione di classe e dell'operosità della Federazione verso un più vasto campo di supremo interesse nazionale.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7580) *Aumento di stipendio al medico condotto.* — Dott. abbonato 2643. — L'aumento del 30 % sullo stipendio, stabilito dal D. L. del 10 febbraio 1918, si deve corrispondere sulla somma che effettivamente percepisce il medico condotto, e non sulla cifra stanziata in bilancio, che può essere maggiore od anche minore di quella che effettivamente egli riscuote. Ella ha, quindi, diritto al detto aumento in base allo attuale complessivo stipendio di lire 4630.

Poichè con l'attuale stipendio supera le lire 4500, non ha diritto ad indennità caro-viveri. Il limite fissato per la riscossione della indennità caro-viveri non risulta sia mai stato mutato.

(7581) *Indennità caro-viveri.* — Dott. abbonato 8642. — La concessione della indennità caro-viveri non è subordinata alla condizione della residenza fissa in un determinato posto. Essa deve essere fatta a qualunque impiegato che percepisca stipendio non superiore alle lire 4500 annue e, se interino, che copra posto compreso nella pianta organica e privo di titolare. Poichè Ella si trova in entrambe le condizioni, ha diritto alla indennità in parola fin dal 1° luglio 1917. Per ottenere che sia rispettato il suo diritto può rivolgere ricorso alla G. P. A. ed, in caso di infruttuoso risultanto, può adire l'ordinaria autorità giudiziaria, trattandosi di un nuovo diritto violato.

(7582) *Cassa di previdenza pei medici condotti.* — Dott. A. D'A. da V. sul M. — Il tempo trascorso dal medico condotto in servizio militare è calcolato in quello utile pel conseguimento della pensione sempre quando l'interessato, a mezzo del Comune cui appartiene, dichiari di continuare a versare i relativi contributi, che sono anticipati dal Comune stesso salvo rimborso o sullo stipendio ad assegni futuri o sulle rate della pensione stessa quando sarà liquidata. A tale argomento riferiscesi il D. L. del 7 febbraio 1916, n. 221.

(7583) *Congedo per causa di malattia - Assicurazione.* — Dott. G. B. (2680). — Ella può ben pretendere che durante il congedo di sei mesi concessole dal Comune per infermità, la supplenza sia a totale carico della amministrazione municipale giacchè per l'art. 29 del Regolamento generale sanitario tali congedi possono estendersi fino ad un anno senza che in dipendenza di esso si faccia alcuna diminuzione dello stipendio. La indennità cavalcatura va corrisposta al supplente giacchè essa, rappresentando il corrispettivo *à forfait* di un servizio, è naturale che cessi col cessare, anche

temporaneamente, del servizio stesso. Per lasciare, poi, il Comune è necessario che il Consiglio comunale le accordi il congedo con analoga deliberazione che dovrà riportare il visto di esecutorietà della competente autorità politica. Se il Comune contrariamente agli obblighi assunti col capitolato, non ha provveduto per l'assicurazione del medico condotto, deve rispondere dei danni che saranno liquidati o bonariamente o a mezzo della autorità giudiziaria.

(7584) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. D. A. da C. — In ogni Comune in cui presta servizio ha diritto alla indennità caro-viveri, perchè la concessione di tale indennità non è sottoposta alla condizione della residenza, ma bensì solo a quella dello stipendio, che non deve superare le lire 4500 ed all'altra di occupare un posto previsto in organico e privo di titolare. Un Comune non può avvantaggiarsi dal fatto che il medico presta servizio contemporaneamente in un altro. Al massimo si potrebbe dividere la indennità proporzionatamente allo stipendio che ognuno corrisponde, ma non negargliela addirittura. Ricorra alla G. P. A., ed, in caso di esito non favorevole, adisca l'ordinaria autorità giudiziaria.

(7585) *Dimissioni da medico condotto.* — Dottor G. L. L. da V. — Può presentare le dimissioni attenendosi alle prescrizioni all'uopo contenute nel capitolato o, in mancanza, un congruo tempo prima perchè il Comune si provveda di altro sanitario. È d'uopo avvertire che dimettendosi, cade l'esonero se ottenuto per la qualità di medico condotto, che ha attualmente. Doctor JUSTITIA.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ.

Con lusinghiera votazione unanime la Facoltà medica di Napoli ha chiamato il prof. Giovanni Boeri, insegnante di clinica medica a Cagliari, alla cattedra di semiotica, già tenuta dal compianto prof. Pansini.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

FERRARA MERCURIO, da S. Mango sul Calore (Avellino), tenente medico 118° reggimento fanteria (M. M.). — Quale dirigente il servizio sanitario di reggimento di fanteria durante un'azione offensiva, animato da alto sentimento del dovere, percorreva zone intensamente battute dal fuoco di artiglieria avversaria, portando la sua opera ovunque occorresse, e dirigendo in modo ammirevole il servizio di sgombero dei feriti e dei morti sparsi sul campo, dando così luminose prove di perizia e coraggio. — Carso 19-25 agosto 1917.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Capitano medico S. A. P. GINO BERTOLUCCI, 8° bersaglieri. — Durante violento combattimento provvedeva alla cura di numerosi feriti al posto di medicazione di un battaglione sulla linea del fuoco e continuava sereno nella sua opera nonostante l'artiglieria nemica battesse la casa dove era stato stabilito il posto stesso colpendola in pieno cinque volte. — La Fossa (Basso Piave) 16-17 giugno 1918.

CROCE DI GUERRA.

Dott. CIMINO LUIGI, capitano medico, da Soveria Mannelli (Catanzaro).

CONDOTTE E CONCORSI.

Il Municipio di Maceratafeltria comunica che lo stipendio per l'interinato della vacante condotta sanitaria del contado è stato elevato a lire 7500 annue.

MEDICINA SOCIALE.

Provvedimenti igienico-sanitari nel dopo-guerra.

Diamo altri importanti Ordini del giorno approvati dalla Sezione per l'igiene sociale della *Commissione pel dopo-guerra* durante i cicli di sedute di cui abbiamo già informato i lettori.

Organizzazioni marine, montane e balneari nel dopo-guerra (relazione Devoto).

La Sezione di Igiene sociale fa voti che il Governo si adoperi validamente per estendere l'assistenza balneo-climatica a carattere popolare. Dovranno di conseguenza sorgere in opportune località del Regno ospizi permanenti di mare, di alta montagna, così pure sezioni popolari presso accreditate stazioni balneari. Ogni edifizio dovrà essere improntato a sano spirito di economia tanto costruttiva quanto di esercizio, a vantaggio dei nostri militari, dei loro figli e delle classi più modeste. La Sezione fa pure voti perchè almeno in ogni capoluogo di provincia sorga un istituto di terapia fisica modernamente organizzato.

La Sezione si augura che si costituiscano nel paese Comitati od organizzazioni per raggiungere questi scopi e che si associno con le Opere pie esistenti per i bagni marini, per le colonie alpine, ecc.

A questi Comitati giuridicamente costituiti, il Governo conceda aree ed edifizi demaniali ed una parte di quel materiale (letti, mobili, biancheria, ecc.) che appartiene alla Sanità militare, ecc.

La Sezione raccomanda a questi Comitati di curare la propaganda e la creazione di *bagni popolari* anche nei modesti centri, perchè cessi al più presto una condizione di inferiorità del paese la cui gravità non occorre di maggiore segnalazione. Se nel paese tardassero a concretarsi queste iniziative locali, si raccomanda al Governo di creare un apposito ufficio centrale per l'assistenza balneo-climatica popolare.

Educazione igienica (relazione Sclavo).

La Sezione per l'Igiene sociale, augurandosi che il Governo provveda al più presto possibile e secondo i bisogni della istruzione e della educazione nazionale alla riforma delle Scuole normali, fa voti:

1° che ai futuri maestri sia impartito un con-

veniente insegnamento di igiene a mezzo di insegnanti medici, competenti, da nominarsi con ogni prudenza;

2° che alla dipendenza di ogni scuola normale funzioni una *Scuola all'aperto* modello, la quale, utilizzata anche come campo di tirocinio, serva a dimostrare praticamente nel modo più chiaro il grande beneficio raggiungibile, applicando in ambiente salubre i moderni metodi pedagogici.

In pari tempo raccomanda:

1° che i progetti di nuovi edifici scolastici siano sottoposti per l'eventuale approvazione ed un più diligente esame da parte degli uffici tecnici governativi, i quali dovrebbero interessarsi alla costruzione anche durante i lavori ed intervenire a fine di opera per un severo collaudo;

2° che nella scelta delle località e nel determinare l'area di terreno scoperto alla dipendenza degli edifici scolastici si proceda con sano criterio e con larghezza di vedute al fine specialmente di assicurare ad ogni stabilimento uno spazio per lezioni all'aperto a quegli allievi almeno, che per malferma salute più abbisognano di aria e di luce;

3° che ogni nuovo edificio scolastico disponga sempre di un impianto di doccie, del quale potrebbe in parecchi casi usufruire anche il pubblico durante le vacanze scolastiche;

4° che si eserciti seriamente da parte delle autorità responsabili una vigilanza sulle condizioni igienico-sanitarie delle scuole, e si stimolino le autorità locali alla istituzione dei medici scolastici.

Educazione fisica (relazione Pagliani).

La Sezione per l'Igiene sociale propone le seguenti raccomandazioni:

1° Si mettano in vigore, esigendone l'attuazione rigorosa, le disposizioni della legge 8 gennaio 1910, n. 805, per quanto particolarmente ha riguardo:

a) all'obbligo per ogni scuola pubblica e privata, primaria e media, di avere personale, locali e mezzi convenienti per impartire il corso di educazione fisica;

b) all'obbligo di destinare per tale corso non meno di mezz'ora al giorno per ciascuna classe elementare e tre ore settimanali per ogni classe media;

c) all'obbligo per tutti gli allievi, per il loro passaggio da uno ad altro anno di corso o per conseguire licenze od altro attestato finale, di ottenere la sufficienza nelle note di frequenza, profitto e buona condotta nella istruzione ginnastica;

d) all'istituzione nelle Università di un corso semestrale di educazione fisica, coll'obbligo di frequentarlo a tutti gli aspiranti a diploma di insegnanti.

2° Si elevi la posizione di ruolo degli insegnanti la ginnastica, alla pari di quella degli altri insegnanti costitutivi delle scuole elementari e medie, così che aspirino a questo insegnamento studiosi muniti di diplomi o lauree, che valgano come buona base di preparazione ad esso.

3° Si sopprimano le esenzioni dai corsi di educazione fisica per gli allievi, che non presentino tali infermità o deformità, da esigere esercizi fisici in istituti fisioterapici appositi.

4° Si diano maggiori mezzi alle Scuole di Magistero per la Educazione fisica, perchè si abbia un più completo insegnamento, e si favorisca l'affluenza dei migliori e meno agiati ad esse con borse di studio.

5° Siano riservati ai soli diplomati in dette scuole i posti di insegnanti nelle scuole medie.

6° Si istituiscano nei Corsi di perfezionamento per i licenziati normali, corsi di comando e di pratica per la ginnastica scolastica, e, in via transitoria, si favoriscano corsi complementari liberi per i soli insegnanti delle scuole elementari, impartiti da docenti di ginnastica di provata speciale competenza.

7° Si facciano rivedere e compilare da persone competenti in igiene e in ginnastica scolastica i programmi per il relativo insegnamento, da servire come guida ad esso nelle scuole elementari, medie e superiori, introducendo in essi progressivamente colla ginnastica elementare educativa, anche il remo, il nuoto, la scherma, il canto e gli *sports* più adatti alle classi superiori.

Case popolari (relazione Devoto).

La Sezione di Igiene sociale, ritenuto che la lotta contro le malattie sociali, la morbilità e la mentalità infantile che non può raggiungere i fini che si propone se non è rinforzata da una risoluta politica dell'abitazione popolare, esprime il voto che il Governo prenda al più presto nuove e maggiori disposizioni ed anche accordi cogli enti provinciali per dotare il paese di un patrimonio di case popolari proporzionato ai gravissimi ed urgenti bisogni — e alcune direttive elementari — e, dopo aver raccomandato che vengano generalmente applicate le norme esistenti per l'igiene dell'abitato e del suolo, raccomanda che:

1° non sia consentito ai Comuni, alle imprese di costruzione, ai privati, ecc. di procedere a riforme edilizie, sventramenti, ecc. a trasformazioni di edifizi i quali implichino diminuzione di alloggi per i ceti più umili, senza che in precedenza non siano erette case popolari per tali ceti dotate di capienza almeno eguale a quella rappresentata dalle case destinate all'abbattimento;

2° siano da escludersi per le erigende case popolari le zone meno felici delle città, malsane per alta falda acquea del sottosuolo, o per vicinanza a focolai malarici o immediate adiacenze di stabilimenti industriali, incomodi o insalubri;

3° le case popolari rispondano ad un minimo di esigenze tecnico-igieniche per esposizione solare, distribuzione degli ambienti e particolarmente dell'indipendenza degli alloggi e con particolari servizi di latrine, sgombro di spazzature, ecc.;

4° le case popolari, singolarmente o a gruppi, siano fornite di bagni proporzionati al gruppo delle case stesse;

5° presso gruppi di case popolari si promuova la fondazione di un edifizio a carattere sociale per cooperative di consumi, per asilo infantile, scuola, biblioteca, e vi sia congiunta una scuola di ginnastica;

6° sia incoraggiata ogni iniziativa diretta a provvedere le case popolari di aree per orti e giardini a disposizione delle singole famiglie di inquilini;

7° siano concessi, dal punto di vista fiscale, trattamenti di favore ai nuovi e ai vecchi stabilimenti industriali che faranno sorgere ad una congrua distanza piccole case popolari rispondenti ad un determinato programma di esigenze tecnico-igienico-sociali;

8° non siano concessi in affitto nelle case popolari locali per spacci di vino e liquori (bar, osterie, ecc.);

9° non siano mai accordate dilazioni o proroghe per i contributi finanziari assunti da Comuni e da altri enti per la costruzione di case popolari.

Per la ricostruzione dei centri abitati danneggiati dalla guerra (voto formulato d'intesa con la Sezione per i Lavori pubblici).

La Sezione per l'Igiene sociale fa voti che venga costituita una Commissione mista di ingegneri, igienisti e giuristi, la quale si rechi sui luoghi devastati dalle guerre e studi il problema della ricostruzione edilizia, per avanzare prontamente proposte definitive al Governo.

***

La Sezione si è adunata nuovamente nei giorni 26-28 gennaio. Daremo notizia, nei prossimi numeri, delle questioni dibattute e delle deliberazioni prese.

NOSTRE INFORMAZIONI.

L' anchilostomiasi nelle solfare di Sicilia.

In una interessante pubblicazione del dott. Ignazio Di Giovanni vengono esposti i risultati di speciali esperimenti di profilassi e di cura dell'anchilostomiasi nelle miniere di zolfo, eseguiti per incarico del Ministero dell'interno e del Ministero dell'industria, commercio e lavoro, a cura del Sindacato siciliano per gli infortuni nelle miniere.

La questione dell'anchilostomiasi nelle miniere, e particolarmente nelle miniere di zolfo, le quali occupano un numero ragguardevole di lavoratori, riveste tutta l'alta importanza di un problema sociale.

Quindi, ben merita l'interessamento ad essa rivolto così dai poteri dello Stato, come dal Sindacato, i quali giustamente hanno ritenuto, di fronte alla complessità dei suoi fattori, escludenti la possibilità di un'utile, pratica valutazione alla stregua di premesse esclusivamente teoretiche, la necessità dello esperimento, che, secondo le direttive della Direzione generale della Sanità pubblica, ha egregiamente attuato il dott. Di Giovanni, con una serie di indagini compiute direttamente nelle miniere di Tallarita e Cozzodisi, in provincia di Caltanissetta.

Il piano dell'esperimento fu, nelle sue linee di pratica attuazione, così tracciato: accertata, con l'esame microscopico delle deiezioni, la reale entità della diffusione dell'anchilostoma fra i lavoratori delle miniere, provvedere, nel modo più razionale e più pratico, alla bonifica umana, e, parallelamente, alla bonifica locale dell'ambiente di lavoro.

Alla miniera Tallarita su 853 operai esaminati (di cui 591 lavoranti all'interno e 262 all'esterno) si ebbero constatazioni positive in 353; e di questi 353 infestati, 344 lavoravano all'interno e 9 allo esterno.

Alla «Cozzodisi» su 971 esaminati (702 interni e 269 esterni) si ebbero 286 constatazioni positive, di cui 262 su operai interni e 24 esterni.

A tutti i malati venne praticata la somministrazione del timolo, che si dimostrò rimedio attivissimo contro l'anchilostoma, di nessuna tossicità, se razionalmente adoperato, e di facilissima somministrazione ovunque. Esso venne usato a dosi di due grammi al giorno in una serie di esperienze di «timolizzazione settimanale» ed a dosi di un grammo per somministrazione quotidiana.

L'esperimento di cura portò a risultati soddisfacenti, poichè, agli accurati controlli degli esami microscopici delle deiezioni, si accertò per la Tallarita, il 79,3 % di guariti, e per la Cozzodisi, il 67,4 %: dei due metodi di timolizzazione il settimanale offre il maggior numero di guarigioni.

Le misure profilattiche generali esperimentate avevano per scopo di impedire la disseminazione delle uova del parassita; lo sviluppo delle larve e la distruzione delle esistenti; la trasmissione del parassita.

Il più pratico e più efficace disinfettante si dimostrò il latte di calce, che venne largamente usato; mentre si provvide all'impianto di latrine anche nell'interno delle miniere, nell'intento di impedire la pericolosa disseminazione delle uova, ed a diffondere la pratica, fra gli operai, di frequenti lavaggi delle mani, in acqua salata, specialmente prima dei pasti.

Malgrado le difficoltà incontrate alla sistematica applicazione di tali misure profilattiche, per la originaria ignoranza e la iniziale indocilità delle masse operaie, il risultato complessivo dell'esperimento fu assai soddisfacente, poichè, al riesame finale delle deiezioni, il numero degli infetti risultò disceso al 18 % per la miniera Tallarita, ed al 20 % per la Cozzodisi.

Dagli interessanti risultati ottenuti e illustrati nella relazione del dott. Di Giovanni si possono così trarre utili norme per una razionale e sistematica azione di difesa contro la insidiosa malattia dei minatori che reca danno a varie classi operaie, all'agricoltura e all'industria.

Ond'è che l'esperimento così condotto, che è anche un saggio della grande efficacia che arride alla concorde, illuminata collaborazione delle amministrazioni pubbliche e private cointeressate alle questioni sanitarie, e uno stimolo a che tale collaborazione si effettui in sempre più vaste proporzioni e in casi sempre più numerosi, deve ritenersi utile anche ai fini della adozione di provvedimenti di carattere generale in argomento.

NOTIZIE DIVERSE

L'assistenza ai tubercolotici di guerra.

Il Direttore generale della Sanità pubblica ha presentato al Consiglio dell'Opera nazionale per gli invalidi della guerra una relazione intorno all'assistenza ai tubercolotici di guerra.

La riporteremo prossimamente.

Per gl'invalidi di guerra delle terre redente.

L'Opera Nazionale per gli invalidi di guerra, che dalla sua costituzione ha compiuto larga e feconda azione in modesto silenzio, ha in questi giorni deliberato di porre a disposizione degli invalidi delle terre redente la somma di lire 500,000.

La somma sarà erogata per sussidi immediati agli invalidi ed alle loro famiglie ed anche per migliorare ed erigere, in quelle regioni, officine di protesi e scuole di rieducazione.

Per la diffusione della coltura italiana all'estero.

Sotto gli auspici del poeta Francesco Chiesa è sorta a Lugano una scuola ticinale di coltura italiana, che offre una serie di corsi di letteratura e di storia. Il corso è completato da conferenze di uomini di lettere e di scienze italiani, su varii argomenti speciali. Il prof. Umberto Carpi dell'Università di Pavia e medico primario nell'Ospedale civico di Lugano, il 9 gennaio u. s. ha iniziato un corso di storia della medicina italiana con una prolusione sull'*Evoluzione del pensiero scientifico e la storia della medicina in Italia*. In questo anno si occuperà della storia antica sino alla caduta dell'Impero romano; nel venturo sarà trattata l'epoca medievale e della rinascita.

Veramente encomiabile e degna del massimo plauso è tale iniziativa sorta oltre i confini politici d'Italia, ove — nella concorrenza delle varie nazionalità — è bene che il pensiero scientifico italiano abbia propagandisti e cultori appassionati. Esso, troppo a lungo negletto e misconosciuto, ha bisogno di così entusiasti assertori.

Nella stampa sanitaria.

Col ritorno della vita a Trieste, riprende le sue pubblicazioni la «Rivista Sanitaria», che manda un caldo vaticinio alla Patria riacquistata.

La «Rivista Sanitaria» che si dirà «della Venezia Giulia», si consacrerà d'ora in poi prevalentemente alla tutela degli interessi dei farmacisti.

La Direzione e l'Amministrazione hanno sede in via Vincenzo Bellini, n. 11.

Alla consorella mandiamo fervidi auguri.

Inaugurazione di anni accademici.

L'anno accademico è stato inaugurato a Catania con un discorso del prof. Maurizio Ascoli sul tema: «Per la nostra indipendenza scientifica»; a Sassari dal prof. Americo Filia con un discorso sul tema: «Assistenza e protezione dell'infanzia»; a Perugia dal prof. Giuseppe Bellucci con un discorso sul tema: «L'azoto per la vita, l'azoto per la morte»; a Pisa con un discorso del prof. Carlo Fedeli sul tema: «Il metodo Galileiano e le Scuole di Medicina e di Scienze della Università Pisana».

Una conferenza di Raffaele Paolucci.

Il capitano medico Raffaele Paolucci, copertosi di gloria nell'affondamento della «Viribus Unitis», raccontò la gesta prodigiosa innanzi ad un pubblico densissimo ed eletto, il 27 gennaio, nella vasta sala dell'Augusteo. Assisteva S. A. R. il Duca di Genova, Luogotenente del Re.

La conferenza fu fatta a benefizio dell'Opera Nazionale per gli orfani dei contadini caduti in guerra, il cui presidente, on. Luzzatti, salutò l'eroe, orgoglio immortale della Marina Italiana.

Le parole del Paolucci furono più volte salutate e coperte da applausi entusiasti.

Al Liceo Torquato Tasso di Roma il dott. Paolucci trattò il tema «Per quelli che più non ritornano». Egli rievocò le gesta gloriose dei nostri combattenti e mandò ai martiri il saluto della Patria riconoscente.

Profondamente rattristati, registriamo la perdita del prof. ROBERTO MASSALONGO, riservandoci di dare nel prossimo numero la biografia dell'insigne studioso.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI Roma, 9 febbraio 1919 Fasc. 6

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Le manifestazioni nervose della influenza.

La influenza occupa un posto importante tra le malattie infettive che più frequentemente dànno sintomi a carico del sistema nervoso. Per frequenza, gravità, e molteplicità di tali manifestazioni, la influenza supera il tifo, la pulmonite e la difterite. Secondo qualche autore l'affinità della tossina influenzale per il tessuto nervoso somiglia a quella del tetano, con l'aggravante che, a differenza di quanto avviene in questa ultima infezione, il microrganismo patogeno raggiungerebbe esso stesso l'asse cerebro-spinale dove potrebbe vivere e moltiplicarsi.

Nulla di preciso e di definito si sa ancora sull'agente etiologico della influenza. I risultati sperimentali quindi del Cantani, che ha ottenuto fenomeni sopra tutto nervosi dalle inoculazioni di bacilli del Pfeiffer negli animali, hanno per il momento un intersse relativo.

Comunque i dati clinici sono più che sufficienti a dimostrare l'azione specifica del virus influenzale sul tessuto nervoso, o quanto meno a renderlo più vulnerabile all'azione di altri veleni esogeni o endogeni. Al riguardo bisogna anche tenere presente la possibilità di infezioni miste o secondarie. Non è dubbio d'altra parte che oltre all'azione dell'avvelenamento tossi-infettivo, molta parte hanno nel determinismo delle manifestazioni nervose l'alta temperatura ed il profondo sconvolgimento indotto dal processo in-

fettivo in tutto il ricambio organico. Ma è più esatto affermare che questi fattori sono semplicemente coadiuvanti, nel senso che preparano il terreno a sentire più efficacemente l'agente tossico. Ed in qualche caso la presenza, e quindi la necessità di tali fattori coadiuvanti, non è pur dimostrata perchè i disturbi nervosi costituiscono la manifestazione unica o preponderante della malattia. A tale riguardo conviene ammettere la importanza della debolezza o predisposizione del terreno organico costituzionale o una particolare virulenza dei germi infettivi.

È noto infatti che la infezione influenzale può destare o aggravare forme nervose latenti o preesistenti, e provocare sindromi nervose in individui particolarmente tarati per deficienza organica originaria o per intossicazioni ed infezioni croniche.

D'altra parte è pure noto che in certe epidemie le manifestazioni nervose sono più frequenti e più gravi. Come in alcune epidemie predominano le complicazioni bronco-pulmonari, ed in altre quelle intestinali, così sono registrate epidemie nelle quali le complicazioni nervose furono più frequenti e più gravi.

Ciò deve essere in rapporto con la particolare capacità del virus influenzale a colpire il sistema nervoso. Si ha insomma qualche cosa di simile a quello che si verifica in alcune epidemie di difterite, nelle quali sono più che in altre frequenti e gravi le forme paralitiche. Si tratta di un carattere individuale del ceppo del virus che determina la epidemia.

Le manifestazioni nervose della influenza sono multiformi: forme organiche e funzionali, forme centrali e periferiche. Sono però forme che in genere non hanno nulla di veramente caratteristico per modo che la speciale etiologia è fissata solo in base al criterio del *post hoc* o al criterio epidemico.

***

Ma a parte le sindromi mentali o nervose che costituiscono una manifestazione, una complicanza, o una conseguenza della malattia, il quadro sintomatologico banale della influenza è dominato dall'elemento nervoso. Qualunque sia il tipo e la localizzazione viscerale che assume il processo infettivo, i sintomi più molesti, più caratteristici e più pericolosi sono quelli che sono l'esponente di una intossicazione del sistema nervoso. Non c'è forma influenzale che non sia accompagnata da cefalea, dolori nevralgici, astenia generale.

La *cefalea* si presenta nelle influenza con una frequenza che raggiunge la costanza. È spesso la prima manifestazione della malattia e se nella maggioranza dei casi dura due o tre giorni, può persistere fino alla convalescenza ed anche oltre. Talora è leggera, talvolta è violenta, si accompagna a fotofobia, a vomiti e ad una invincibile sonnolenza o ad insonnia. La sua sede abituale è la fronte al disopra dell'orbita, ma può estendersi alle tempie, al vertice, all'occipite. È una cefalea gravativa: l'infermo avverte un senso di pesantezza, di tensione insopportabile, o di vuoto. Talvolta si ha senso di stringimento con fitte dolorose o martellamenti. È un dolore continuo con tendenza ad esacerbazioni vespertine e notturne; si accentua in seguito ai movimenti, ai colpi di tosse, agli sforzi. Talvolta si ha anche iperestesia del tegumento cutaneo del cranio e della faccia. La cefalea è accompagnata da un dolore oculare speciale: un senso di pesantezza, di compressione dei bulbi oculari.

Anche le *nevralgie* costituiscono un sintomo presso che costante della influenza. Si possono verificare in tutti gli stadii della malattia. Qualche volta, insieme alla cefalea, sono l'unica manifestazione dell'affezione. I dolori spesso sopravvengono tutto ad un tratto e possono avere la loro sede in tutte le parti del corpo, ma si localizzano più frequentemente, specie nell'inizio, alla regione lombare. Ma di regola i dolori si diffondono invadendo successivamente il collo, le gambe, le braccia ed interessano tutte le parti delle membra, articolazioni comprese. È difficile definire il carattere di questi dolori che solo raramente sono spontanei. Tuttavia il dolore nel dorso, alle coscie, ai polpacci può assumere anche un carattere particolarmente grave, lancinante tanto da rassomigliare ai dolori tabetici. I dolori nevralgici a carico degli organi toracici e addominali possono simulare varî disordini degli organi stessi tanto da far credere eventualmente alla esistenza di una pleurite, di una pericardite, di una calcolosi renale, o di una colica epatica o intestinale.

Di solito i dolori influenzali non hanno uno schietto carattere nevralgico: si tratta per lo più di una sensazione dolorosa riferita ai muscoli, alle ossa, alle articolazioni, provocata o esacerbata dai movimenti o dalla pressione. Ma può anche accadere che il dolore per natura e localizzazione è simile a quello delle comuni nevralgie. Si possono così avere nevralgie del trigemino, intercostali, scapolo-omerali e sciatiche.

La più frequente è la nevralgia sopra-orbitaria. Ma queste forme schiettamente nevralgiche che per la loro intermittenza assumono talvolta i caratteri di quelle malariche più che un sintomo della malattia costituiscono un fenomeno della convalescenza.

La dolenzia generale del corpo è accompagnata da un *accasciamento,* da un senso di *stanchezza* e di *debolezza* che non è in rapporto con la gravità dell'affezione. Anche nei casi leggeri si ha quasi sempre depressione fisica e morale, mancanza di energia, impossibilità di reagire. È un fenomeno ordinariamente progressivo, che aumenta gradatamente, ma raggiunge ben presto il suo maximum. Questi sintomi persistono il più delle volte quando tutti i fenomeni acuti e febbrili sono scomparsi e per essi si può dire che la convalescenza è più lunga della stessa malattia. In nessuna infezione infatti l'astenia post-febbrile è proporzionale alla durata della affezione, è così lunga e così accentuata come nella influenza. È un'astenia in rapporto più ad una intossicazione diretta del sistema nervomuscolare, che ad uno stato di esaurimento. Quando l'ammalato, credendosi guarito, tenta riprendere le proprie occupazioni è meravigliato dal fatto che pochi giorni passati a letto l'abbiano così indebolito: un piccolo sforzo basta per estenuarlo, ogni lavoro riesce faticoso o addirittura impossibile.

In rapporto a questo stato astenico si hanno disturbi più o meno apprezzabili delle varie funzioni organiche, che possono continuare anche nel periodo della convalescenza: sudorazione abbondante continua o intermittente; astenia gastrica con anoressia invincibile; astenia intestinale con stipsi talvolta molto persistente; astenia cardiaca con debolezza delle contrazioni del miocardio, rallentamento o acceleramento del polso o aritmia.

Oltre a ciò i malati di influenza presentano uno stato di torpore, uno stato di sonnolenza invincibile che dura in qualche caso più giorni; ma vi sono anche casi, e non sono rari, nei quali esiste uno stato di insonnia invincibile. Ma insieme ai suddetti disturbi altri se ne presentano che se non sono così frequenti nelle comuni forme influenzali non meno degli altri depongono per uno stato di avvelenamento profondo del sistema nervoso centrale: tali sono le vertigini, il vomito, gli offuscamenti di vista, gli accessi asmatici, la poliuria, la diarrea, le aritmie ed infine le forme sincopali.

***

I disturbi sopra accennati costituiscono la sintomatologia nervosa ordinaria delle comuni forme d'influenza. La maggior parte di essi sono quasi costanti e per il loro carattere, è più per il loro aggruppamento sono quasi patognomonici, tanto che costituiscono preziosi elementi diagnostici specie in assenza di altre manifestazioni organiche.

Ma oltre a questi disturbi che per sè stessi sono sufficienti a dimostrare la azione del virus sul tessuto nervoso, la influenza provoca una lunga serie di sindromi morbose a carico delle varie sezioni del sistema nervoso centrale e periferico. Si tratta di sindromi infiammatorie od emorragiche, come di sindromi a carattere così detto funzionale.

A parte le forme nevrotiche e psicotiche, che meritano un particolare considerazione, enumeriamo innanzi tutto le sindromi a localizzazione cerebrale, bulbare, spinale, e periferica.

Le complicazioni cerebrali della influenza possono assumere varî tipi. Rendu ha osservato forme *encefalitiche* più o meno acute e con esiti paralitici più o meno persistenti. Virchow ha attribuito alla influenza un caso di *encefalite acuta* con emorragie corticali. Leichtenstern ha descritto casi analoghi. Wilbrand ha osservato casi di *polioncefalite* inferiore manifestatasi nel corso della influenza e Goldflam attribuisce alla stessa infezione un caso di polioncefalite superiore ed inferiore con poliomielite anteriore acuta.

Più frequenti sono le *meningite* consecutive ad otiti suppurate, a sinusiti ed a pneumoniti. Sono stati osservati anche casi di *ascessi cerebrali* sopravvenuti nel corso della influenza. Gaucher, Silvestre, Bidon e Lévêque hanno descritto forme *pseudo-meningitiche* simulanti perfettamente la meningite vera e con esito in guarigione. I sintomi meningitici (cefalea grave, vomito, bradicardia, ed anche convulsioni. e coma) si manifestarono improvvisamente e scomparvero in pochi giorni. Cornil vide in un caso, insieme ai fatti accennati, manifestarsi emiparesi e paralisi facciale, fenomeni che facevano pensare ad una encefalite o ad un'emorragia cerebrale: ma in capo a qualche giorno tutto era scomparso. Trouillet ed Esprit hanno descritto forme di meningo-encefalopatie a sindromi più grave (crisi epilettiche, spasmi, contratture, rigidità nucale, afasia, paraplegia, emiplegia, ecc.) ma con esito in guarigione in tempo più o meno breve.

Pare che lo stato emofiliaco, che è tanto frequente nella influenza, come i processi arteritici possano determinare anche focolai emorragici più o meno estesi e con varia localizzazione nella massa encefalica. Sono stati riferiti al riguardo parecchi casi di apoplessia influenzale con emiplegia, afasia, agrafia, emianopsie, ecc.

A proposito di encefalite e di emorragie cerebrali determinate dalla infezione influenzale bisogna ricordare che è stata attribuita allo stesso virus la *nona,* una speciale malattia osservata per la prima volta da Camerarius a Tubinga. La

affezione è caratterizzata da una sonnolenza invincibile, febbre e paralisi dei nervi cranici, ed è seguita nella metà dei casi da morte.

La stessa sindrome si manifestò in forma epidemica nel Mantovano in Italia, ed in altre parti di Europa e di America, durante la pandemia di influenza del 1889-90-91 e recentemente se ne sono verificati numerosi casi in Austria, in Francia ed Inghilterra, dove è stata descritta col nome di *encefalite letargica epidemica.* L'affezione è stata attribuita al virus poliomielitico, al botulismo ed a speciali microganismi, ma ora si ha tendenza a credere che la *nona* sia una complicazione encefalica della influenza, ipotesi già avanzata nel 1891 da Bozzolo in Italia e da Ebstein in Germania.

Ma la *oftalmoplegia* oltre che nel complesso sintomatico della *nona* può manifestarsi nella influenza come fenomeno nervoso isolato in varî stadii della malattia ed anche durante la convalescenza. Il fenomeno più frequente è il difetto di accomodazione dovuto senza dubbio, come nella nevrite post-difterica, ad una paralisi del muscolo ciliare. Per lo più in tali casi si ha torpore o anche assenza della reazione pupillare alla luce. La paralisi dell'accomodazione può essere accompagnata da quella dei muscoli esterni dell'occhio ed anche da paralisi completa dell'oculo-motore comune.

Goldflam ricorda un caso nel quale dopo quattordici giorni dall'influenza si manifestò ptosi bilaterale con immobilità completa dei bulbi oculari.

Casi analoghi accompagnati anche da disturbi della parola, della deglutizione e da paresi degli arti inferiori sono stati descritti da Oppenheim, da Gillet de Grandmont e da Guttmann. Le oftalmoplegie influenzali sono più resistenti e più più gravi di quelle difteriche. Esse nella grande maggioranza dei casi sono di natura tossica ed allora tendono alla guarigione, ma possono anche essere in rapporto a focolai di polioncefalite emorragica localizzata nella regione dei nuclei del terzo, quarto e sesto nervo cranico.

Durante le epidemie influenzali dello scorso secolo sono state anche osservate *neuriti ottiche e retiniti*. Si tratta per lo più di una manifestazione tossica e quindi indipendente da qualsiasi processo meningitico. Ma la funzione visiva può essere anche disturbata da un processo di *neurite retro-bulbare* dovuta ad infiammazione emorragica delle fibre centrali del nervo ottico in modo che si ha scotoma centrale con notevole diminuzione dell'acutezza visiva e diminuzione del senso cromatico. Sono stati anche ricordati casi di embolia e trombosi dell'arteria centrale della retina con cecità improvvisa o notevole diminuzione della vista se rimase occluso un solo ramo di detta arteria. In qualche caso si è avuto anche *irido-coroidite*.

Le manifestazioni *bulbari* costituiscono la sintomatologia più frequente anche nelle forme banali della influenza. Tuttavia si hanno casi nei quali le alterazioni dei centri del midollo allungato appaiono più evidenti. Sono la espressione di una vagoparalisi la tachicardia notevole che in un caso ricordato da Teissier raggiunse 172 battiti al minuto ed in caso di Huchard perfino 300. Così si hanno *congestioni pulmonari vagoparalitiche* con dispnea, subottusità, aumento del fremito vocale-tattile, riduzione del mormorio vescicolare, rantoli crepitanti fini e talora anche soffio bronchiale. Tale congestione può invadere tutto il pulmone o limitarsi ad un solo lobo. Può provocare la morte, come scomparire in qualche giorno ed anche nello stesso giorno. Si deve verisimilmente a queste congestioni vagoparalitiche la grande variabilità del reperto all'ascoltazione ed alla percussione che si constata anche durante l'attuale epidemia.

Altri fenomeni bulbari che possono essere presenti nella influenza sono la bradicardia (eccitazione del vago), aritmie, che durano anche nella convalescenza, le forme anginoidi, lo spasmo diaframmatico e glottideo la dispnea ed il respiro di Cheyne-Stokes, senza sintomi bronco-pulmonari, cardiaci o nefritici, la sincope, il collasso cardiaco. Sono stati anche notati casi di *paralisi bulbare progressiva* con paralisi delle corde vocali, del palato molle e della faringe, tremori delle labbra e delle palpebre, iniziatesi qualche settimana dopo l'influenza e sviluppatisi gradatamente. Come postumo influenzale può aversi, secondo Remak, anche *miastenia gravis* con sintomi bulbari iniziali.

Il midollo spinale non è risparmiato dal virus influenzale. La rachialgia, la stanchezza delle membra, già notate, sono la espressione di una intossicazione midollare. Ma oltre a questi sintomi comuni si possono avere, benchè molto raramente processi mielitici.

La *mielite* come complicazione della influenza è di solito accompagnata da meningite ed è localizzata nella porzione cervicale e può essere a piccoli focolai diffusi o colpire un largo tratto del midollo. Laveran ha descritto un caso di mielite ascendente acuta in un individuo affetto da pulmonite influenzale: dapprima paralisi degli arti inferiori, poi dei superiori ed infine fenomeni bulbari e morte per asfissia. Féréol e Bennets hanno osservato casi analoghi. Fiessinger ha constatato nel corso della influenza

una stessa sindrome con la differenza che invece di essere seguita da morte la mielite è passata nello stato cronico.

Ghilarducci ha registrato un caso di *poliomielite anteriore acuta* in seguito all'influenza.

Fiessinger e Bidon ammettono che la meningite spinale può essere una complicazione della influenza.

L'*herpes zoster* si verifica con una certa frequenza in conseguenza della infezione influenzale. Per lo più è localizzato al collo ed all'occipite, in rapporto a lesione delle alte radici posteriori cervicali, ed è per lo più accompagnato da paralisi facciale. Sono stati anche osservati casi di *herpes zoster* alla faccia ed alla fronte, nelle parti cioè innervate dal trigemino.

Nel corso di un attacco di influenza o come postumo di questa infezione possono aversi affezioni talvolta molto gravi dei nervi periferici. Si possono avere nevriti locali, polinevriti o soltanto dolori nevralgici.

La *nevrite* locale può colpire alcuni nervi cranici, come il quinto ed il settimo, dando dolori e paralisi dei muscoli nel dominio di detti nervi. La nevrite dell'acustico dà sordità, che va distinta da quella determinata dall'otite media, così frequente nella influenza. Si è già accennato alle oftalmoplegie, le quali possono essere di origine centrale, come possono dipendere da un processo nevritico dei singoli nervi oculo-motori. Sono state anche registrate paralisi tardive isolate delle corde vocali (Savage), del velo pendolo, della faringe e della laringe (Guément). Le neuriti dei nervi midollari che più frequentemente si incontrano nella influenza sono quelle a carico del plesso brachiale e dello sciatico. Tuttavia non c'è tronco nervoso che non possa essere colpito. Negli individui giovani in genere le nevriti influenzali guariscono rapidamente, mentre nei vecchi i disturbi non scompaiono quasi mai completamente, residuano nevralgie ribelli ad ogni cura, zone dolorose anche quando sono scomparsi tutti i disturbi trofici e funzionali dei muscoli e della cute.

La *polinevrite* è una delle più gravi complicazioni della influenza. È generalmente tardiva perchè compare da tre a sei settimane dopo l'inizio della malattia. Più che una complicazione è una conseguenza della infezione perchè il processo morboso consiste in una degenerazione tossiemica parenchimatosa delle fibre nervose a differenza di quel che avviene nelle nevriti locali che consistono in un processo di infiammazione perineuritica. La polinevrite influenzale ha caratteri analoghi a quelle dovute ad altre infezioni tossiemiche come la difterite, la varicella, la rosolia, la pneumonite, il tifo, il beri-beri, la setticemia e simili; ed alle polinevriti dovute ad avvelenamenti cronici con alcool o arsenico. Possono anche aversi complicazioni di paralisi cardiache e respiratorie ma sono meno comuni che nella polinevrite difterica o da beri-beri. Le alterazioni sensitive-sensoriali sono meno marcate che nella forma alcoolica. I nervi cranici nella polinevrite influenzale sono meno colpiti che nella forma difterica.

Le *nevralgie* influenzali sono molto comuni: le più frequenti sono quelle a carico del trigemino, ma si possono avere anche nevralgie intercostali, sciatiche, brachiali, ecc.

Una conseguenza particolare della influenza è la perdita del senso del gusto e dell'odorato che talvolta dura per mesi. La più persistente è specialmente l'anosmia, che pare dovuta ad una nevrite del nervo olfattorio.

L'influenza è stata ritenuta anche responsabile di aggravare in frequenza ed intensità la emicrania.

***

In quanto alle forme nevrotiche basta semplicemente accennare che la influenza pare abbia la capacità di ridestare, aggravare ed anche di produrre la *epilessia*, la *corea*, la *isteria* e con moltissima frequenza la *neurastenia*. In qualche caso alla influenza si è visto seguire lo sviluppo di un *gozzo esoftalmico* o di forme *basedowiane incomplete ed anche di mixedema* in rapporto a tiroidite. Negli alcoolisti la influenza può determinare il *delirun tremens*.

Le *psicosi* da influenza si possono dividere in due categorie in rapporto al periodo della malattia nel quale si manifestano: 1° psicosi del periodo febbrile; 2° psicopatie della convalescenza.

Le psicosi del periodo acuto sono analoghe a quelle che si manifestano in altre malattie infettive (tifo, resipela, pulmonite, ecc.). Si tratta di un delirio acuto che non ha alcun parallelismo col decorso della febbre, tanto che in qualche caso esso costituisce il fatto iniziale della malattia anche quando non è ancora scoppiata la febbre. Non si può quindi ammettere un nesso patogenetico diretto tra ipertermia e delirio. Una maggiore importanza nel processo genetico della forma mentale spetta alla intossicazione specifica della infezione ed ai disturbi del ricambio che accompagnano la febbre e che producono alla loro volta una intossicazione. Si tratta di veleni esogeni ed endogeni, di cui questi sono

un prodotto dei primi. Gli uni e gli altri agiscono sopra un terreno predisposto o per effetto dell'esaurimento prodotto dalla malattia (deficienza di sonno, nutrizione insufficiente, ecc.) o per intossicazioni esogene ed infezioni preesistenti (alcoolismo, sifilide, ecc.) o per tare organiche costituzionali. Nella influenza come nella pulmonite il delirio si presenta col cessare della febbre tanto che Kraepelin dette a queste forme il nome di *delirio di collasso* attribuendole ad uno stato di esaurimento dell'organismo. Ma, come lo stesso Kraepelin ha docuto successivamente riconoscere, il delirio postfebbrile non può essere determinato dall'esaurimento ed è anche esso dovuto ad una intossicazione. Ed è perciò che non si può dividere l'opinione di Kirn, il quale classifica i delirii postfebbrili tra le psico-patie della convalescenza. Le forme psicotiche che costituiscono il sintomo iniziale della influenza, che si manifestano durante il periodo febbrice o lo seguono immediatamente, hanno tutti origine e caratteri comuni.

Le psicosi influenzali del periodo acuto assumono in genere la sindrome dell'*amenza*. Si tratta di uno sconvolgimento tumultuario dei processi percettivi ed ideativi con disorientamento della personalità ed obnubilazione della coscienza. La psicosi si inizia improvvisamente durante tutti i periodi della malattia, dura anche quando la febbre è cessata e di regola termina entro due o tre settimane. Dapprima si ha un disordine associativo, uno stato confusionale. Le idee si seguono turbinosamente legate da un tenue filo associativo, talvolta solo da assonanze fonetiche. Il paziente è disorientato nel tempo e nello spazio. Le illusioni e spesso anche le allucinazioni contribuiscono a sconvolgere e a disintegrare la coscienza. L'ammalato vive come in sogno, gesticola continuamente, fa movimenti incoerenti. È in uno stato di irrequietezza incessante: apre e chiude gli occhi, tende le orecchie, gira a destra ed a sinistra lo sguardo, declama, inveisce, predica, canta, si scopre, si ricopre, si leva dal letto. L'umore è vario ma per lo più prevale depressione. Lo stato confusionale ingenera un senso di incertezza e di smarrimento: i disordini sensoriali dànno sostanza ai timori vaghi, alle preoccupazioni. È in questo stato di confusione e di terrore che con una frequenza impressionante gli individui affetti da psicosi influenzali si abbandonano a violenze impulsive, si gettano dalla finestra o feriscono, uccidono persone di famiglia.

Talvolta in questo sconvolgimento della coscienza spuntano delirii persecutori, ipocondriaci, religiosi, erotici ed anche di grandezza, che non hanno però mai lunga persistenza e non raggiungono mai la lucidezza e la convinzione del vero delirio paranoico.

Durante il periodo delirante l'infermo dorme poco o nulla, mangia poco, per modo che le condizioni somatiche si aggravano. Sopravviene uno stato di deperimento grave con tendenza al collasso. Spesso si hanno riaccensioni febbrili. Qualche volta allo stato di agitazione segue un periodo di abbattimento durante il quale le funzioni organiche si vanno gradatamente affievolendo fino alla morte. Altre volte la morte per paralisi cardiaca si ha in un periodo di eccitazione.

In genere però le psicosi influenzali febbrili terminano in guarigione in termine di tempo molto breve. Ma qualche volta segue uno stato di collasso mentale per cui i pazienti passano in uno stato stuporoso mentre le condizioni somatiche vanno migliorando: lo stato stuporoso può diventare permanente e terminare con la demenza.

Appartengono alle psicopatie della convalescenza la *malinconia* e la *mania*. È ben noto che alla influenza seguano molto spesso stati neurastenici più o meno gravi e più o meno persistenti.

Talvolta dallo stato neurastenico si passa gradatamente ad uno schiettamente malinconico. La mancanza di riposo, di sonno, la mancanza di appetito, lo stato di debolezza con impossibilità di attendere a qualsiasi lavoro, il disinteresse per tutto, finiscono per indurre uno stato sentimentale depressivo con cattivo umore, irrequietudine, paure. In queste condizioni le condizioni generali di nutrizione scadono ancor più. Si stabilisce un circolo vizioso per modo che lo stato mentale subisce un aggravamento progressivo; sorgono disordini sensoriali sopra tutto ipocondriaci, stati angosciosi, delirî. La durata dell'affezione è più o meno lunga e non si può escludere l'esito in demenza. A questi stati depressivi che vanno dalla leggera neurastenia alla malincònia grave, come alle forme acute amenziali del periodo febbrile, si deve attribuire il gran numero di suicidi durante le pandemie influenzali.

Nel corso della convalescenza della influenza, per lo più una settimana dopo la caduta della febbre, può manifestarsi anche la mania con il suo complesso sintomatico caratteristico: esaltazione sentimentale, vivacità e rapidità dei processi psichici, agitazione psico-motoria. La prognosi è generalmente buona.

Numerose altre forme psicopatiche (demenza precoce, psicosi maniaco-depressiva, ecc.) sono state messe in rapporto indiretto con la influenza, nel senso che questa infezione provoca le recidive o aggrava lo stato preesistente.

Alla influenza è stata attribuita anche la capacità di mettere in evidenza la paralisi progressiva non ancora manifestatasi e di aggravarne il decorso. Savage afferma che in alcuni casi da lui osservati, lo scoppio delle manifestazioni paralitiche somatiche e psichiche seguì così immediatamente alla influenza che se non fosse stata trovata positiva la reazione di Wassermann si sarebbe stati tentato di pensare ad un rapporto etiologico diretto tra influenza e demenza paralitica.

G. DRAGOTTI.

NOTE E CONTRIBUTI.

L'influenza curata con le iniezioni di olio canforato al guaiacolo

per il Dott. CARLO BASSONI
aiuto medico negli Ospedali Civili di Genova

Purtroppo la epidemia di influenza che si è oramai diffusa a tutte le Nazioni con alternative varie di miglioramenti e di peggioramenti, persiste tuttavia in moltissime città e regioni d'Italia, continuando a mietere vittime numerose.

Le discussioni però dei medici e degli scienziati si sono volontieri aggirate intorno alla patogenesi della malattia, intorno alle lesioni anatomo-patologiche che la stessa determina nell'organismo, mentre molto deficiente è stata la discussione intorno alla cura di questa malattia epidemica che ha già fatto più vittime della stessa guerra.

Eppure pare a me che la discussione sulla cura sarebbe risultata oltremodo istruttiva e forse avrebbe permesso di arrivare a conoscere qualche mezzo che, più dei comunemente usati, offrisse al medico una valida arma per combatterla.

Già in alcuni ammalati affetti da bronco-polmonite da influenza, nei quali avevo notato una tardiva risoluzione dei fatti bronco-polmonari, avevo usato con buoni risultati le iniezioni di olio canforato al guaiacolo nella dose di 2 cmc. di olio canforato al 10 %, con 10 ctgr. di guaiacolo.

La benefica influenza di questa terapia si era esplicata sulla temperatura che si era rapidamente abbassata; sul polso che era diventato meno frequente e più pieno. Contemporaneamente miglioravano le condizioni generali dell'infermo che si sentiva molto più sollevato, certo anche per l'aumentata tonicità del sistema nervoso.

Ebbi successivamente occasione di dover curare una ammalata cifotica, côlta da influenza manifestatasi con una forma di bronco-polmonite a focolai sparsi alla base del polmone destro e contemporaneamente da bronchite purulenta dei medi e piccoli bronchi. Si trattava di forma grave che, sia per le condizioni scheletriche della paziente, sia per la flogosi dei piccoli bronchi, sia infine per le temperature elevate, minacciava seriamente la vita della paziente.

Ricorsi oltre ai comuni mezzi terapeutici (digitale, coppettazione, ecc.), alle iniezioni di olio canforato al guaiacolo, e ne potei constatare rapidi e brillanti risultati, tanto che in non molti giorni la febbre cedette e l'ammalata entrò in piena convalescenza (ora è guarita).

Incoraggiato, mi decisi allora a trattare colle stesse iniezioni tutti quegli ammalati di influenza che fino dal principio presentavano una sintomatologia di una notevole gravità che per me è sempre data da questi sintomi: temperatura elevata (oltre i 39°); polso frequente piccolo e vuoto; stato di intossicazione del sistema nervoso (notevole assopimento dell'ammalato).

Questo ultimo sintoma è per me il più importante, perchè ci rileva il carattere eminentemente tossico della malattia. Orbene, i risultati che ho ottenuto in ogni caso, trattato fin dal principio colle iniezioni di olio canforato al guaiacolo, sono stati sempre così brillanti che io non esito a dichiarare che hanno di molto oltrepassato le speranze che io riponevo nel loro uso.

Vi sono certi ammalati che rispondono a questo trattamento in modo veramente sorprendente.

Cito un caso: la signora B. . . A. . ., di anni 65. Chiamato il giorno 26 dicembre 1918 (dopo due giorni di malattia), trovo: temperatura 39.7; polso 120; respiro 26; stato di sopore.

L'esame mi dimostra l'esistenza di focolai di bronco-polmonite diffusa al polmone destro e alla base del sinistro.

Lo sputo è fibrinoso e di colorito rosso.

Avverto la famiglia della gravità del caso.

Ordino una coppettazione al torace, la digitale e due iniezioni di olio canforato al guaiacolo da praticarsi una nel mattino verso le dieci e una nel pomeriggio verso le 17.

Quando ritorno la sera a vedere l'ammalata la trovo tanto migliorata da restarne stupito io stesso.

I familiari a loro volta mi narrano che dopo la prima iniezione la temperatura si era progressivamente abbassata fino a toccare i 37 gradi dopo circa 6-7 ore e che l'ammalata si era sentita grandemente sollevata.

Successivamente la temperatura aveva raggiunto di nuovo i 39.2 e colla seconda iniezione si era nuovamente abbassata.

Io stesso controllando la temperatura la sera trovai 37.2, il polso era ridotto a 80, il respiro a 20 e le condizioni del sistema nervoso si erano fatte veramente buone. Lo sputo persisteva rosso, ma due giorni dopo era diventato bianco. La febbre, continuando nella cura, cedette gradualmente fino a scomparire completamente al sesto giorno di malattia, e l'ammalata poteva, dopo altri due giorni, alzarsi.

Sempre più incoraggiato da tali ottimi risultati, trattai allo stesso modo numerosi altri casi presentatisi in giovani ed in persone in età avanzata ed in tutti posso dichiarare che non ebbi che a lodarmi del metodo.

Citerò solo altri due casi per dimostrare che queste iniezioni sono utili non solo nelle forme di influenza pura, ma ancora nelle forme di influenza complicata con bronco-polmonite anche quando si ha motivo di crederla dovuta ad altri germi.

F... S..., di 60 anni, è colto da attacco di influenza.

Quando lo vedo si hanno già i sintomi di una bronco-polmonite a focolai sparsi al lobo polmonare inferiore destro. La temperatura è già 39.6, il polso a 110, l'ammalato è abbattuto. Ordino al solito la digitale, le iniezioni di olio canforato al guaiacolo e le cure rivulsive locali.

Nei primi giorni, malgrado le iniezioni, noto che la temperatura non cede e non riscontro i soliti benefici risultati.

Controllando però la ricetta, scritta dal farmacista sulla scatola delle fiale, mi accorgo che il farmacista non aveva messo il guaiacolo. Mando subito ad acquistare altre fiale preparate col guaiacolo e subito i risultati benefici si manifestano.

La temperatura si abbassa, il polso si fa migliore, e le condizioni generali dell'ammalato migliorano fino alla rapida apiressia e alla sollecita guarigione.

Altro caso estremamente interessante è il seguente:

Signora M... C..., di anni 65.

Va soggetta ogni inverno a tosse e catarro. È colta da attacco di influenza di discreta gravità. Faccio praticare le due iniezioni al giorno, e come già in moltissimi altri casi, in una settimana la febbre cede completamente.

Sospendo allora le iniezioni, ma nella notte successiva ricompare di improvviso la febbre che sale a 39.2 e si manifesta una espettorazione abbondante fortemente emorragica, mentre durante tutta la malattia l'ammalata non aveva mai avuto espettorato rosso. Si manifesta pure il dolore al torace destro, unitamente ad un senso di oppressione.

All'esame obiettivo trovo focolai sparsi di bronco-polmonite alle basi polmonari e fatti congestizi.

Faccio ripetere le due iniezioni nello stesso giorno, faccio mettere una coppettazione diffusa e la sera l'ammalata ritorna apiretica ed è molto più sollevata. Lo sputo persiste rosso, ma continuando nella cura, mentre la febbre non si è mai più rialzata, l'espettorato ritorna al terzo giorno completamente bianco e le condizioni generali si fanno ben presto ottime. Oggi l'ammalata è pienamente ristabilita.

Non citerò i casi che guarirono bene con decorso di una settimana o poco più senza che neppure si presentassero le complicanze bronco-polmonari.

Parecchi giovani dai 17 ai 20 anni trattati in tale modo guarirono senza presentare mai alcun carattere di gravità nel decorso della malattia. E guarì in tale modo anche un giovane affetto da gravissima cifoscogliosi, colto da focolai di bronco-polmonite da influenza alla base di destra.

Ma un caso ancora desidero citare perchè ebbe pure il controllo di un collega che rimase molto favorevolmente impressionato della cura col guaiacolo.

Si tratta di un attacco di influenza grave che aveva colpito persona in età piuttosto avanzata e già affetta da grave arteriosclerosi con nefrite (1 per mille di albumina nelle urine).

Presentava temperature da 39.6 a 40, polso sui 110, e fenomeni di grande prostrazione nervosa.

Le iniezioni di olio canforato al guaiacolo ebbero ben presto ragione della febbre e, fatto strano, la febbre si abbassò, malgrado la comparsa di focolai bronco-polmonari al polmone di sinistra.

Al solito colla caduta della febbre migliorarono le condizioni del polso e del sistema nervoso e l'ammalato guarì rapidamente della influenza e delle sue complicanze, che colla caduta della febbre avevano perduto ogni carattere di gravità.

INTERPRETAZIONE DEI BENEFICI RISULTATI OTTENUTI.

È poi così strano che il guaiacolo possa esercitare tanta benefica azione contro l'influenza e le sue complicanze?

Forse il torto maggiore che si è fatto al guaiacolo è stato quello di volerlo a tutti i costi credere quasi lo specifico delle forme di tubercolosi polmonari.

Eppure, se bene consideriamo, la benefica azione del guaiacolo nei tubercolosi si manifesta non già contro i bacilli di Koch, ma contro le numerosissime associazioni microbiche che accompagnano sempre il bacillo della tubercolosi.

E allora perchè non dovrà il guaiacolo esercitare la sua azione nella influenza pura o complicata?

Tutti sanno come il bacillo della influenza sia uno fra i più labili.

Fuori dell'organismo muore rapidamente e viene pure rapidamente distrutto dai disinfettanti più leggeri.

La sua virulenza è grave solo nell'organismo.

Ora, purchè si trovi un agente che possa venire introdotto nell'organismo senza suo danno e che eserciti un'azione sicura contro il bacillo della influenza, si può capire come anche nell'organismo il bacillo possa venire distrutto.

Certo è che la dose di guaiacolo che io uso è così piccola ed i risultati ottenuti sono tanto buoni da dover pensare cheil guaiacolo eserciti proprio una azione specifica contro il bacillo della influenza.

Quanto all'azione del guaiacolo sulle altre forme batteriche per lo più cocciche, io certo non ho bisogno di insistere perchè detta azione è ben conosciuta.

Formulo perciò le seguenti conclusioni:

1°) Le iniezioni di olio canforato al 10 % (2 cmc.) con soli 10 cmc. di guaiacolo, esercitano azione tanto benefica nei colpiti da influenza da dover ammettere una loro azione specifica contro la malattia.

2°) Dette iniezioni nella dose di una o al massimo due al giorno impediscono sempre l'eccessivo elevarsi della temperatura, il più delle volte l'abbassano notevolmente nelle prime ore successive alla iniezione.

3°) Coll'abbassarsi della temperatura si nota sempre un miglioramento notevole nelle condizioni del polso che diminuisce la sua frequenza, si fa più pieno e regolare.

4°) Le condizioni del sistema nervoso si fanno rapidamente migliori e scompare prontamente lo stato di sonnolenza e di abbattimento del malato.

5°) Le iniezioni sono utili nelle forme semplici e nelle forme complicate con bronco-polmonite.

6°) Nessuna contro indicazione esiste al loro uso.

7°) Nelle forme semplici esse hanno ben presto ragione della malattia; nelle forme medie dànno pure una rapida guarigione. Combattendo le alte temperature e migliorando le condizioni generali evitano sempre all'ammalato i gravi fenomeni di insufficienza cardiaca e di insufficienza nervosa che sono la causa del maggior numero delle morti e riducono perciò anche le iniziali gravi forme di influenza a malattia seria bensì, ma passibile di guarigione, specie se si tratta di persone con organi sani.

A queste conclusioni occorre aggiungere che insieme con le iniezioni, ogni qualvolta il medico lo giudichi opportuno, si devono usare tutti gli altri compensi che l'esperienza conclamata ha dimostrato utili a sostenere le forze degli ammalati, compensi che io ho accennati nella prima parte di questo lavoro.

Fra essi io ricordo i tonici cardiaci (in primo luogo la digitale), le azioni rivulsive sul torace, specie la coppettazione e sovratutto le enteroclisi quotidiane di soluzione fisiologica, le quali, mentre tengono libero l'intestino, provocano per assorbimento di acqua una benefica azione diuretica, tanto importante in una malattia con carattere eminentemente tossico.

Occorre pure avvertire che la sterilizzazione delle fiale va fatta a temperatura di 100 gradi, oppure inferiore (con sterilizzazione frazionata) perchè le alte temperature dell'autoclave alterano i suoi componenti, rendendola inefficace e dannosa.

Io mi auguro che questo metodo che io ho adottato, venga largamente applicato, anzitutto perchè è assolutamente innocente (data la minima dose di medicamento usato), e perchè, a mio credere, esso dà oggi risultati tali da non essere uguagliati da nessun altro metodo di cura.

Genova, 18 gennaio 1919.

COMMENTI.

Ancora sulla profilassi chininica nell' influenza.

La breve comunicazione del dott. Nicola Calalè, comparsa nel n. 4 di questo periodico, mi offre il destro di rendere nota una osservazione che sembra autorizzare conclusioni del tutto opposte a quelle cui viene l'autore.

Nella Sezione specializzata per malarici di Cernobbio (Lago di Como) dall'agosto al novembre 1918 furono ricoverati ben 1100 malarici, la maggior parte dei quali in deplorevoli condizioni generali, e quindi presumibilmente più aggredibili dal morbo.

Ebbene, di questi, solo *cinque* caddero malati di lieve influenza, portata a guarigione in breve volgere di giorni.

Ben lungi da me l'intenzione di valermi del *post hoc propter hoc:* sta però indiscutibile il fatto che, mentre in paese l'epidemia era assai diffusa ed in forma piuttosto grave, i malarici, sottoposti ad intenso trattamento chininico *per os,* per via ipodermica ed endovenosa, rimasero immuni dal contagio, al quale invece soggiacerono non pochi soldati della Sanità adibiti ai varî servizi interni ed esterni dell'Ospedale, i quali naturalmente non erano stati sottoposti alla minima chininizzazione.

Milano, 28 gennaio 1919.

Dott. G. BETTI
Ten. Med.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

I sintomi dell'arteriosclerosi.

(O. K. WILLIAMSON. *Practitioner*, nov. 1918).

L'opinione più accredidata sulla patogenesi dell'arteriosclerosi è quella di Russel, che cioè delle sostanze tossiche (corrispondenti agli eccitanti muscolari di Huchard) provochino una contrazione ipertonica delle arteriole e delle arterie di calibro analogo a quello della brachiale. Quando tale ipertono persiste, può condurre all'ipertrofia, che, nel caso in cui la condizione si faccia permanente, può produrre non solo l'inspessimento della tunica media, ma altresì dell'intima ed anche dell'avventizia.

I sintomi che precedono l'arteriosclerosi sono quelli dell'inalzamento della pressione sanguigna (iperpiesi secondo la denominazione stabilita da C. Albutt). Questa, quando è oltre i 145 od i 160 mm., secondo che il paziente ha meno o più che 40 anni, indica già uno stato patologico, purchè l'osservazione non si limiti ad una sola lettura, ma, ripeututa in diverse circostanze, fornisca gli stessi risultati. Sarebbe anzi necessario che gli individui di mezza età si facessero misurare ogni tanto la loro pressione allo scopo di sorprendere la malattia nel suo inizio.

Dipendenti dalla iperpiesia, vi sono diversi sintomi, che rientrano in gran parte nella tossiemia. Pensantezza, o senso di oppressione penosa alla testa, cefalea, spesso di carattere pulsante. Talvolta si hanno sonnolenza, o insonnia, stanchezza specialmente mattutina, incapacità di fissare l'attenzione, qualche volta alternata con leggera esaltazione psichica, confusione mentale, scoraggiamento, vertigini, specialmente mattutine, mancanza di memoria, rumori auricolari, attacchi di emicrania e di neuralgia.

I pazienti notano inoltre aree di freddo localizzate agli arti inferiori o superiori o al segmento di un arto, raramente ad una metà del corpo. Vi possono essere: poliuria intermittente, sincope locale delle estremità, dolori reumatoidi, crampi, con senso locale di stanchezza o di peso, dolori vaghi, pallore parossistico dei tegumenti, specie della faccia. Talvolta vi è tendenza alla emorragia, l'epistassi può anche essere il primo sintoma; con l'emottisi, si hanno manifestazioni di reumatismo. Nel caso di dispnea, specialmente da esercizio, vi è talvolta una sensazione di dolore vago al petto e di ansietà, le palpitazioni sono spesso accompagnate da una vaga sensazione di ripienezza precordiale.

Altri sintomi che si osservano in questo stadio sono un eccesso di acido urico nell'urina e la flatulenza gastrica.

Quando si è costituita la condizione anatomica di arterio-sclerosi, non si può più sperare in una restituzione *ad integrum*; però una diagnosi precoce rimane sempre utile per prevenire, con un trattamento adeguato, l'ulteriore sviluppo del male.

Lo stato di nutrizione è generalmente buono; vi è anzi spesso tendenza all'ingrassamento, sebbene alcuni siano invece magri. L'aspetto può essere florido, oppure si può notare un colorito giallognolo con chiazze rossastre agli zigomi.

Il polso è talora piccolo nei primissimi stadî quando le arterie si trovano in contrazione ipertonica, e ciò può anche trarre in inganno; lo stato di contrazione può anche far credere inspessita un'arteria che non lo è, e che, passato lo spasmo, ritorna normale. Un altro carattere del polso è il seguente: quando, col dito, si esercita sul polso una pressione gradatamente crescente, si nota che l'ampiezza va pure crescendo fino ad un punto in cui un ulteriore aumento di pressione la fa diminuire. Mackenzie ha richiamato l'attenzione sulle extra-sistoli, per solito di origine ventricolare. Qualche volta esse si osservano ad ogni secondo tono e diventa allora difficile la diagnosi del polso alternante; in tal caso, la diagnosi si fa riducendo la pressione arteriosa per mezzo dei nitriti ed ottenendosi così (quando si tratti solo di alta pressione) la regolarizzazione del polso. Si osservano anche altre anormalità di ritmo, quali il polso bigemino, trigemino, ecc.

Vi può essere respiro corto o sensazione di costrizione retrosternale: il paziente *avverte* l'azione del suo cuore, durante la notte, specialmente giacendo sul fianco sinistro, oppure ha dolore nella regione cardiaca.

Il cuore mostra di solito i segni di ipertrofia, il battito della punta è spostato in basso ed all'esterno, l'impulso è forte: il primo tono è prolungato, il secondo accentuato, ciò che non sarebbe da attribuirsi ad aumento di pressione aortica, ma a manifestazioni arteriosclerotiche in parti a pressione normale. Vi può anche essere rumore di galoppo.

Le vene sottocutanee possono essere turgide, v'è leggero edema tibiale, od edemi transitorî delle palpebre o dei piedi, crepitii o rantoli e lieve ipoforesi alle basi polmonari, talvolta sintomi di *angina pectoris*.

Sintomi nervosi e mentali. — Sono dovuti a disturbi di circolo, in conseguenza di ischemia parziale o completa; il paziente ha perduto la sua elasticità, diventa infingardo, abbattuto, spe-

cialmente al mattino, si stanca facilmente sia dal lato psichico che fisico. Sono comuni i disturbi del sonno, che è anche meno riparatore del solito; sonnolenza, apatia, torpore; il paziente diventa inoltre più sensibile all'azione dell'alcool e del tabacco; è irritabile, mentre poi talvolta l'alta pressione gli provoca un senso di energia e di aumento d'attività; si possono avere apressioni gravi, attacchi di eccitamento maniaco o di depressione accompagnati da allucinazioni o delirî, sicchè, se il paziente va anche soggetto a leggeri accessi apoplettici od epilettiformi, seguiti da emiplegia transitoria e da demenza progressiva, viene posta la diagnosi di paralisi generale. Di solito però, nell'arteriosclerosi, il delirio riveste il tipo di persecuzione anzichè di grandezza, la demenza non è molto pronunciata, mentre poi la paralisi, quando si verifica, è più tenace. L'eccitamento maniaco si osserva in persone a temperamento psicopatico: una vera forma psicopatica però non è molto comune.

È stata descritta la paralisi pseudobulbare o bulbare vera, con riso e pianto spasmodici, il respiro di Cheyne-Stokes. Comune è la vertigine che si osserva specialmente nel cambiamento repentino dalla posizione orizzontale alla eretta; nella forma più leggera non sarebbe che una mancanza nella sensazione di equilibrio stabile, spesso accresciuta dall'apprensione e spesso associata con ronzìo d'orecchi. Vi può però essere anche la vertigine di origine labirintica.

Per quanto riguarda la pupilla l'inalzamento della pressione ne provoca lo stringimento.

Spasmi arteriosi localizzati. — Si riferiscono a fenomeni clinici, che sono espressioni di una costrizione localizzata di rami arteriosi; possono verificarsi in ogni parte del corpo, oltre che nel sistema nervoso centrale.

Questi attacchi transitorî, associati con ipertensione, sono stati osservati da Lauder-Brunton, da Charcot; la loro esistenza non viene ora più messa in dubbio: essi sono stati chiamati da Pal crisi vascolari, da Russel contrazioni ipertoniche. I sintomi sono analoghi a quelli descritti da Déjerine come claudicazione intermittente del midollo spinale; quest'ultima però precede sempre la gangrena senile, che si verifica poi a pochi anni di distanza.

Possono esserne colpite le arterie degli arti, quelle retiniche ed anche quelle cerebrali, provocando così *attacchi cerebrali transitorî*. Questi ultimi si possono notare: *a*) in individui sani, senza arteriosclerosi, ma con pressione alta; *b*) in pazienti con arteriosclerosi marcata in cui detti attacchi cerebrali si presentano senza prodomi, ma come segni premonitori; *c*) nella arterio-sclerosi avanzata con modificazioni cerebrali, che si estrinsecano con debolezza mentale e muscolare progressive; *d*) in individui senza alcun segno di malattia arteriosa o di alta pressione.

I sintomi sono molto varî, ma tendono a ripetersi uniformemente in ogni attacco: raramente si notano i soli disturbi sensitivi. Il sintoma più comune è la paralisi motrice, a tipo emiplegico; appare limitata alla faccia ad alla mano. La paralisi, raramente completa, ha un carattere transitorio, che, unito alle recidive, imprime ad esse un quadro particolare. Il completo ristabilimento può verificarsi, è vero, anche in monoplegie ed emiplegie di origine organica, ma esso, in tali casi, non si compie in poche ore od in un giorno come in questi attacchi, dovuti a spasmo arterioso. Si possono notare perdita di coscienza e spasmi clonici. La diagnosi è, di solito, basata sulle condizioni di alta tensione o di sclerosi, sul carattere di lievità e di transitorietà degli attacchi e sulle recidive.

Non tutti gli autori sono però d'accordo nell'ammettere la teoria degli spasmi arteriosi; fra essi trovasi anche Clifford Allbutt, il quale ritiene che il non essersi trovate lesioni all'autopsia può attribuirsi al fatto che la lesione era molto piccola e non è quindi stata rilevata. Egli non ritiene inoltre possibile che si verifichi uno spasmo in un'area arteriosa molto limitata e che se ciò avvenisse i medicamenti vasodilatatori dovrebbero accrescere o mitigare i sintomi, ciò che invece non è.

Non ostante tali opinioni discordi, la teoria dello spasmo arterioso risponde in gran parte ai fatti, e specialmente al carattere affatto transitorio degli attacchi, che mal si accorderebbe con una lesione organica. Essa è suscettibile anzi di essere estesa alla spiegazione di altri sintomi connessi con il midollo spinale e con altre aree del corpo; il Russell spiega con essa certi casi di angina pectoris, che sarebbero dovuti allo spasmo arterioso che interviene come azione riflessa in seguito all'ingesione di cibi. Possono riferirsi a tale causa anche certi attacchi transitorî di amnesia, afasia, di imbarazzo della favella.

Allo *spasmo delle arterie del midollo spinale*, Déjerine attribuisce una forma morbosa, in cui l'individuo, di solito giovane, avverte un senso di stanchezza, di pesantezza e di tensione ad uno o ad entrambi gli arti inferiori; il fenomeno cessa arrestando il cammino, ma aumenta di intensità col tempo; vi è una certa esagerazione dei riflessi, mancano i disturbi della sensibilità. La diagnosi della claudicazione intermittente de-

gli arti inferiori si basa sul fatto che nella malattia di Déjerine, la pulsazione delle arterie è normale, sono assenti i disturbi vasomotori e presenti invece sintomi vescicali e genitali.

Con la teoria dello spasmo arterioso vengono altresì spiegati il respiro di Cheyn-Stokes, le vertigini, la bradicardia e la tachicardia, e probabilmente altri ordini di fenomeni, talora di oscuro significato, come certi accessi di dolori addominali.

I *sintomi respiratorî dell'arterio-sclerosi* sono varî: tosse bronchiale inguaribile, parossismi di dispnea in cui la faccia diventa pallida; edema polmonare, transitorio o mortale, ma sempre grave quando si accompagna ad alta pressione. La dispnea parossistica può sopravvenire anche durante il riposo; essa può rivelare un'alta pressione latente, quando si verifichi in un individuo che si reca a notevole altezza sul livello del mare. Anche la polmonite non è infrequente.

Sintomi digestivi. — Si può avere biliosità; intestino costipato o diarroico, spesso ventosità e coliche. I disturbi dispeptici sono talora uno dei sintomi precoci. In alcuni, il fegato è ingrossato e piuttosto sensibile alla pressione: in altri si nota insufficienza epatica, con nutrizione scadente, decadimento delle forze e della digestione.

Alla sclerosi delle arterie addominali si attribuiscono le coliche, l'eruttazione, il meteorismo, l'insonnia, ecc. Le feci possono farsi biancastre, galleggiare sull'acqua, e si possono riscontrare tracce di zucchero nelle urine, fatti che stanno in accordo con disturbi vascolari pancreatici. L'esame delle feci ed urine con il metodo di Cammidge è spesso positivo, ciò che indicherebbe una sclerosi nelle arterie pancreatiche.

Vi sono talvolta dei vomiti parossistici, analoghi a quelli dell'emicrania, senza però cefalea nè disturbi della vista; essi sono attribuibili più che altro all'elevata pressione dei periodi iniziali.

Per quanto riguarda le urine, possono contenere molto sedimento laterizio, ovvero essere alternativamente scarse ed abbondanti. La compartecipazione del rene è indicata da orine abbondanti a basso peso specifico, con pollachiuria notturna, con o senza albumina e cilindri.

Si possono avere anche emorragie uterine, dovute soltanto a malattie delle arterie dell'organo.

Per quanto riguarda poi la *diagnosi*, si ricordi che spesso i sintomi dell'iperpiesi vengono confusi con quelli della neurastenia, e si insista specialmente per una accurata anamnesi individuale e familiare.

A. FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Corpi liberi della cavità addominale.

(M. EMMERT. *Surg. Gyn. and Obst.*, nov. 1918).

L'A. operando una ragazza di venti anni, sofferente di appendicite, rimosse un corpo libero, situato nelle parte alta della pelvi. Il corpo libero misurava 3×2×.5 cm.: era di color bruno, di forma ovolare, di consistenza piuttosto dura. Era formato di una capsula sottile con placche calcificate e di un contenuto granulare (grasso e cristalli di acidi grassi, emazie deformate).

L'A. suppone che il corpo fosse stato una volta unito, per mezzo di un peduncolo, ad un organo addominale, dal quale, in conseguenza forse di una torsione del peduncolo, si sarebbe distaccato.

Nella letteratura sono citati altri sette casi di corpi liberi nell'addome, analoghi a quello trovato da Emmert. Alcuni di essi presentavano residui di peduncolo. In tre casi il corpo libero si trovava fra la superficie superiore del fegato e il diaframma. In tutti questi casi il corpo libero era formato da una capsula di tessuto fibroso o fibro-cartilagineo; e da un contenuto grassoso.

Un'altra categoria di corpi liberi, trovati nella cavità addominale, o in sacchi erniari, si distingue dalla precedente per lo spessore più grande della capsula, che limita il corpo, e per la sua struttura lamellare.

Le ipotesi sull'origine di questi corpi sono state molteplici. Una delle più accreditate è quella di J. Redd (1836), che li considerava come provenienti dalle appendici epiploiche. Sono citate alcune osservazioni in appoggio di questa teoria.

Un'altra, che è pure sorretta da osservazioni cliniche, riporta l'origine di questi corpi liberi al grande omento.

Torsioni parziali, sia di appendici epiploiche, che di tratti dell'omento gastro-epatico, possono determinare disturbi circolatorî locali, e fatti degenerativi. La necrosi del peduncolo, e il peso stesso del segmento strangolato, possono determinarne il distacco. La presenza di residui di peduncolo in alcuni dei corpi liberi convalida questa ipotesi.

Hoche spiega la struttura lamellare della capsula, quale si riscontra nei corpi della 2ª categoria e il loro successivo aumento di volume, supponendo che cellule endoteliali si depositino successivamente dal peritoneo sulla loro superfice libera.

La maggior parte di questi corpi sono ben tollerati, e possono non dare alcun sintoma. Molti sono stati trovati all'autopsia, o in operazioni eseguite per altre cause. Sembra sieno più

frequenti nel sesso maschile, e in individui avanzati in età.

Una terza categoria di corpi liberi endoaddominali è data da tumori il cui peduncolo si è per varie ragioni distaccato (fibromiomi); da esiti di gravidanze extrauterine; da segmenti di tube e da ovaia distaccatisi dalle loro connessioni, in seguito a processi non sempre bene accertabili.

CHIASSERINI.

La peritonite da pneumococco.

(PARKER SYMS. *Ann. of Surg.*, marzo 1918).

La letteratura americana sulla peritonite da pneumococco è assai scarsa; mentre sono abbastanza numerose le ricerche su questo soggetto, compite in Inghilterra, Francia, Italia e Germania.

La peritonite pneumococcica cosidetta idiopatica è un'entità patologica abbastanza rara. Su 140 casi di peritonite, esaminati batteriologicamente da Netter, solo in 2 fu trovato lo pneumococco.

È assai più frequente nell'infanzia, e predilige il sesso femminile (nella proporzione da 3:1).

Occorre come peritonite generale diffusa o circoscritta e incistata.

Di essa vengono descritti tre stadi clinici: *a*) della tossiemia; *b*) della comparsa di sintomi addominali; *c*) del versamento peritoneale diffuso o incistato. La parte sottombellicale dell'addome è più interessata; l'ombellico finisce per protrudere e poi perforarsi. Dalla perforazione ombellicale, propria di questa affezione, fuoriesce pus inodore, sierofibrinoso, di color giallo-verdastro.

Il quadro clinico della malattia è caratteristico: inizio improvviso, fatti tossici gravi, vomiti e diarrea, iperpiressia, forte polinucleosi neutrofila. Sintomi locali (dolore, rigidità) assenti o assai attenuati.

Alcuni autori credono che la peritonite pneumococcica generalizzata sia una varietà a sè, distinta dalla forma incistata. Tale è l'opinione di F. Brun e Ch. Michaut. Quest'ultimo, nella sua pregevole ed esauriente monografia, ammette che la forma generalizzata sia dovuta a un tipo di pneumococco a virulenza esaltata, ciò che spiega l'estrema gravità di questa forma.

Cameron e Kahn invece sostengono che si tratti di due stadi di una stessa forma morbosa. Lo stadio di peritonite diffusa è il più grave (su 91 casi mortalità 86 %), e *controindica l'intervento chirurgico;* mentre questo è indicato nello stadio di peritonite incistata.

La *diagnosi* quindi, per ciò che riguarda le indicazioni chirurgiche, deve stabilire la etiologia dell'affezione peritonitica e il suo stadio anatomo-patologico.

Per la diagnosi etiologica hanno maggiore importanza: la diarrea, la scarsità dei sintomi dolorifici locali, la pastosità dell'addome, «l'aspetto pneumonitico» del paziente.

Aperto l'addome si trovano segni di peritonite, ma nessuna lesione viscerale che ne spieghi l'insorgenza; l'aspetto dell'essudato è caratteristico.

Per ciò che concerne la *cura*, l'intervento chirurgico è senz'altro indicato nelle forme incistate; nelle forme diffuse con grave tossiemia l'A. crede che qualsiasi operazione chirurgica sia controindicata. Utile è l'iniezione di siero antipneumococcico.

Su 8 casi operati al Lebanon Hospital si ebbero 5 morti e 3 guarigioni.

L'A. crede che la peritonite pneumococcica sia una localizzazione occorrente in una batteriemia. Quando la peritonite è secondaria ad un'altra lesione (polmonite, pleurite) i germi raggiungono il peritoneo per la via del sangue.

CHIASSERINI.

STORIA DELLA MEDICINA.

Alessandro Benedetti e la medicina Veneta nel Quattrocento.

Roberto Massalongo, che eccelle nella osservazione clinica e trova modo di studiare con cura amorevole i fasti dell'antica medicina veneta, ha offerto negli *Atti del R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti* (1916-17) la vita del celebre chirurgo Alessandro Benedetti, da Legnago, in quel di Verona, morto a Venezia nel 1512. Questi diede sviluppo inusitato alla patologia castrense, alla chirurgia delle ferite da arma da fuoco, lesioni di cui mancava ogni esperienza; nella sua qualità di medico-capo nell'armata italiana, nella lotta contro Carlo VIII, ebbe agio di precorrere le indagini e le pratiche del Vico, del Maggi, del Ferri, del Parè, come si rileva dai suoi diari *De bello Carolino.*

Dal punto di vista scientifico, titolo maggiore del Benedetti fu quello di lettore di anatomia nell'ateneo patavino, ove si emancipò arditamente dai legami dello studio sul testo del Mondino; onde l'Haller lo designava primo fra i restauratori della scienza anatomica per le sue scoperte e il suo *Trattato di anatomia* (1493), che

ebbe dodici edizioni, in Italia e fuori. Anche il suo *Trattato di medicina e chirurgia* ebbe parecchie ristampe e contiene acute osservazioni ed esperienze fisiologiche; fra queste ultime da menzionare è uno studio *Sull'inedia prolungata*, che anticipa la classica fisiologia del digiuno del nostro Luciani.

Illustrò in modo originale la sifilide, ne dimostrò ampiamente l'indole contagiosa, dicendola comunicabile *concubitu atque contactu*, preconizzò l'uso del mercurio e isolò per primo la blenorragia, quale forma a sè. In modo nuovo e positivo si occupò pure della peste — *De pestilentia caussis, praeservatione et auxiliis*, 1493 — stabilendone i caratteri patognomonici, la contagiosità e i mezzi idonei a preservarla e a curarla.

Erudito nelle lingue classiche, dotto filosofo, oppositore strenuo dell'empirismo, rinnovatore dell'osservazione ippocratica, dell'opera scientifica del Benedetti diedero giudizio unanime i più noti storici della medicina, sebbene non tutti dimostrino conoscenza esatta e intera di quanto a lui si deve nei diversi rami medico-chirurgici.

A tale deficienza di valutazione ha ovviato il bel lavoro del Massalongo, il quale, oltre a una chiara esposizione critica delle opere del Benedetti, a meglio farne intendere i meriti, ha dettato una sintesi storica della medicina veneta nel 400, la quale, con la fioritura dei nomi a torto obliati e con lo svolgersi dei documenti, dimostra quale parte attiva ebbe la Serenissima nella rinascenza delle scienze mediche e nella solerzia dei provvedimenti riguardanti la pubblica sanità, per il favore in cui teneva lo studio di Padova — la vera «pupilla dei suoi occhi», — richiamandovi a maestri i più illustri medici e filosofi.

G. BILANCIONI.

Questa breve recensione è stata scritta da qualche tempo: ora ci giunge notizia della morte dell'illustre clinico, che vedemmo, nel dicembre u. s., sempre attivo e vivace nella direzione dell'Ospedale di Verona. La sua perdita sarà sentita oltre che fra i neuropatologi — tutti ricordano la bella relazione al Congresso di medicina interna del 1908, su *Le nevropatie famigliari* — e i medici in generale, fra i cultori della storia della medicina. Il Massalongo era dei pochi che avessero inteso tutto il valore euristico e positivo della difesa del nostro antico patrimonio scientifico; e aveva dato parte della sua fervente, entusiastica attività agli studi di storia della medicina, lasciando dei saggi degni, come quello su *Fracastoro e la rinascenza della medicina in Italia*. Attualmente si occupava dell'origine della pediatria, come ramo autonomo dell'arte nostra in Italia, ancora prima del Mercuriale, per opera di Ferrari, con il libro *De arte medica infantum*, pubblicato nel 1577. *g. b.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Un caso di cisticercosi in una ragazza.

per il dott. P. DE TOMMASI.

Durante il mio servizio ospedaliero capitò al posto di pronto soccorso una ragazza, la quale nello scendere da una vettura tramviaria aveva riportato una ferita lacera interessante l'articolazione tibio-tarsica sinistra con frattura del malleolo esterno.

Si fece subito una pulizia meccanica e chimica della ferita e si immobilizzò la gamba in una doccia metallica.

Se non che per il sopragiungere di fatti infettivi si dovette procedere a sbrigliamenti e a controapertura dell'articolazione interessata.

Parve aversi nel giorno seguente un lieve miglioramento, ma nei giorni successivi la febbre si riaccese ostinata.

Si fecero impacchi all'ipoclorito di calce sull'articolazione affetta, si procedette al bagno in permanenza nel liquido di Dakin dell'arto; ma nulla si ottenne. La febbre continuò alta con leggere remissioni mattinali.

Si insistette per parecchio tempo nelle cure suddette, ma visto che nessun miglioramento decisivo si aveva e nei fatti locali e nei fatti generali si decise, nella speranza di salvare la vita alla paziente, di procedere all'amputazione dell'arto.

Si eseguì l'amputazione al terzo inferiore della coscia; ma quale fu la sorpresa nel constatare nel sottocutaneo e nel connettivo intramuscolare la presenza di una quantità notevole di vescicole elissoidi.

Se ne raccolsero parecchie: erano trasparenti, di una lunghezza di 1-2 centimetri circa e presentavano in un punto della superficie una macchia bianca opaca.

Una di queste vescicole fu rotta ed esaminata al microscopio, il quale fece rilevare una testa di *Toenia solium* provvista di ventose e di un rostro circondato alla base da uncini.

Non si nutrì più alcun dubbio sulla natura di quelle vescicole: eravamo in presenza d'una cisticercosi il cui cisticerco era il *Cysticercus cellulosae* della *Toenia solium*.

La paziente interrogata se in precedenza avesse sofferto di qualche disturbo, rispose di essere stata sempre bene e di non aver dovuto mai lamentare alcuna sofferenza a carico dei diversi organi.

Dopo circa due mesi dall'atto operativo la ragazza morì; ma non fu possibile praticare la autopsia per l'opposizione recisa da parte della famiglia.

Questo il fatto osservato e le notizie raccolte al riguardo.

Ci sono, ora, due considerazioni da fare: in qual modo si è determinata la cisticercosi nella paziente in parola, e perchè l'affezione restò latente.

È noto che la panicatura si trova specialmente nel porco, ma che può anche riscontrarsi nell'uomo, sia in persone che hanno ingerito delle uova di tenia, sia individui i quali

albergano una o più tenie. Può avvenire che gli anelli maturi giungano fino allo stomaco, dove i gusci sono disciolti e gli embrioni, liberi, passano nelle vene e vengono così diffusi nell'organismo dove si trasformano in cisticerchi.

Ciò premesso, nel caso osservato è logico ammettere che la panicatura si sia determinata per l'ingestione con gli alimenti di uova di tenia, per il fatto che nella paziente non si ebbero mai sintomi tali da far supporre la presenza di tenie nell'intestino.

Riguardo alla latenza nella quale è rimasta la affezione, essa trova la spiegazione, io credo, nella localizzazione quasi esclusiva dei cisticerchi nel sottocutaneo e nel connettivo intramuscolare; poichè se essi si fossero sviluppati in altri organi, come ad esempio nel cervello o nella regione oculare, vi sarebbero state di certo delle manifestazioni.

Ciò è da ammettersi, dato quel che affermò la paziente, di non avere cioè sofferto mai di disturbo alcuno, e perchè durante tutto il periodo di tempo in cui la ragazza restò sotto la nostra osservazione non si ebbero mai a notare, a carico dei diversi organi, sintomi tali da far pensare alla presenza in essi di cisticerchi.

Se non che le osservazoni di qualche autore sembrano infirmare questa mia supposizione: si è visto cioè che pur essendoci stata talvolta una localizzazione encefalica di cisticerchi, constatata al tavolo anatomico, il quadro sintomatologico fu del tutto nullo. Questo è esatto; ma io credo che in tal caso il numero di cisticerchi sviluppati nel cervello, a parte la quistione importantissima della sede, dev'essere stato addirittura minimo, altrimenti verrebbero ad essere sconvolti tutti i principii di fisio-patologia cerebrale inculcatici. E il caso da me osservato, nel quale le facoltà intellettuali rimasero integre sino a pochi giorni prima della morte e non si ebbe nessuno di quei sintomi nervosi che sogliono riscontrarsi per la localizzazione endocranica dei cisticerchi, è da interpretare o come ho supposto sopra, o con questa limitazione.

Da ciò che ho detto risulta evidente la difficoltà grande che presenta la diagnosi della cisticercosi umana; nè gli studi sinora fatti per chiarire e determinare con esattezza il quadro sintomatologico hanno portato a qualche cosa di definito e di preciso. Vi sono, è vero, dei casi a diagnosi molto facile, ed altri nei quali l'esame attento del paziente mena di sicuro sulla diritta via; nei primi i cisticerchi localizzati nel sottocutaneo sollevano la pelle formando dei bernoccoli, e basta allora escidere ed esaminare uno di tali noduli perchè la diagnosi venga fuori da sè; nei secondi contemporaneamente all'esistenza di una sindrome indefinibile si ha l'espulsione con le feci di anelli maturi di tenia. Ma in molti casi queste due manifestazioni guide — mi si lasci correre l'espressione — mancano, e nessuno degli altri sintomi riportati nei trattati di patologia è sufficiente a chiarire la natura della malattia in esame. Ond'è che recentemente si è pensato di ricorrere, come si è fatto per la tenia echinococco, alle ricerche siero-diagnostiche — precipitazione, deviazione del complemento, reazione di Abderhalden, ecc. —. Però anche da queste indagini il problema diagnostico non si avvantaggiò di molto; restò, a dire il vero, qual'era prima.

Questa difficoltà nella diagnosi s'intende se si pensa che le alterazioni prodotte dalla presenza dei cisticerchi nell'organismo non hanno nulla di caratteristico. Sono alterazioni che si determinano per la compressione che i cisticerchi esercitano nei tessuti dove si sono sviluppati e sopratutto per l'intossicazione che si stabilisce e che si manifesta talvolta con un'anemia accentuata e con modificazioni del ricambio; anemia e modificazioni del ricambio che non hanno pur essi niente di caratteristico. A proposito dello stato d'intossicazione prodotto dallo sviluppo dei cisticerchi nell'organismo, variano le opinioni; ma ciò che mi sembra sicuro è che le alterazioni da esso provocate non hanno niente di particolare e di specifico, a parte il fatto importante del diverso modo di comportarsi degli individui di fronte alle sostanze tossiche generate dai parassiti.

Non credo sia facile osservare un caso simile e però ho creduto opportuno riassumerlo in questa nota.

Ferentino-Roma, novembre 1918.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 1° dicembre 1918.

Presidenza del Prof. F. DURANTE, Presidente.

Il Pres. Prof. F. DURANTE ricorda all'Accademia la morte dell'illustre socio Prof. TODARO che con tanto amore si era dedicato allo studio dell'anatomia dopo aver partecipato alle battaglie del risorgimento come medico dell'epopea garibaldina.

Rammenta che nel '62 si recò a Firenze, ove era il Pacini, presso il quale compì le ricerche sulla valvola di Eustachio e gli studi di embriologia

che gli permisero di dare all'anatomia un nuovo indirizzo. Nel '71 fu chiamato ad impartire l'insegnamento dell'Anatomia nell'Università di Roma, dove con questo nuovo indirizzo potè non solo dare valenti allievi ma eccitare lo studio anatomo-clinico della malattia. Ne ricorda quindi le qualità di uomo, buono, affettuoso, in apparenza burbero, sempre benefico.

Prega l'Accademia di voler designare un socio che in una delle prossime sedute possa commemorarlo.

Su proposta del prof. Alessandri viene designato il prof. Versari.

Il prof. PARISOTTI, presa la parola, invita l'Accademia che riprende, dopo le vacanze estive, le sue sedute a rivolgere un pensiero affettuoso ed un reverente omaggio all'esercito glorioso che dopo oltre tre anni di sforzi eroici ha finalmente compiuto l'unità della Patria, ed al Re soldato che con esso divise i rischi e i disagi della guerra.

Tutti gli Accademici, con applausi vivissimi, si associano alle parole dell'O.

Tecnica e sede da preferirsi per la cinematizzazione dei monconi d'amputazioue (con presentazione di un operato).

R. ALESSANDRI. Riassume i progressi fatti in questi ultimi tempi dell'idea di Vanghetti, per opera dell'inventore stesso, che ha sviluppato in modo completo le sue proposte, di Sauerbuch e di numerosi chirurgi italiani, che per le frequenti mutilazioni di guerra hanno avuto campo di applicare la cinematizzazione dei monconi, specie per l'arto superiore.

Espone specialmente le difficoltà del rivestimento cutaneo dei motori plastici, e ricorda il processo ideato e pubblicato da Egidi, identico a quello indipendentemente pensato e applicato da Delitaba.

Questo rappresenta un miglioramento tecnico di grande importanza per la funzione di motori plastici ad ansa laterale che si possono costituire a canale cutaneo di sicura riuscita e vitabilità, a distanza anche dall'estremo del moncone, nei punti più adatti e con utilizzazione precisa dei tendini e dei muscoli preferibili.

Espone particolarmente per i vari segmenti dell'arto superiore i punti di scelta, ove costituire i motori plastici, nelle amputazioni a diverse altezze e a seconda se ne voglia formare uno solo o due, estensorio e flessorio.

A questi perfezionamenti della tecnica chirurgica per la cinematizzazione dei monconi, si augura corrispondano presto progressi corrispondenti negli apparecchi protetici ancora molto imperfetti.

Esiste contrariamente all'opinione di Lewis, Makenzie, Hering, un cuore sfrenato (tachicardia parossistica) di origine sinusale? Dimostrazione.

Prof. G. GALLI. La frequenza delle sistole cardiache è regolata da un centro, che sta nel posto d'unione tra cava superiore ed atrio destro. Questo centralino, o nodo sinusale, guida con i suoi impulsi ritmici il passo del cuore, come farebbe il maestro di cappella con l'orchestra. Esso sta in relazione intima con le terminazioni del vago e del simpatico, e per mezzo di queste vie con il cervello e con la psiche. Il ritmo sprigionato dal nodo sinusale può essere aumentato o diminuito di numero per cause svariate: qui trattiamo soltanto degli aumenti di frequenza.

Il nodo sinusale può aumentare il numero degli stimoli in doppia maniera.

A.—La frequenza del ritmo oscilla fra 100-160-170 pulsazioni per minuto. La febbre, gli sforzi, le intossicazioni, il morbo di Basedow, l'atropina, il passaggio dalla posizione orizzontale alla verticale ecc. sono tutti moventi che fanno accelerare il nodo sinusale. Su questo movente l'O. richiama l'attenzione, poichè costituisce un'ottima prova funzionale del cuore e dimostra un tracciato, nel quale si vede con chiarezza che il semplice passaggio dalla posizione orizzontale alla verticale provoca un aumento di frequenza da 80 a 150 polsi. Questa *tachicardia da stazione* ha importanza anche chirurgica: alcune morti per il cloroformio potrebbero essere evitate, eseguendo prima questa ricerca.

Anche il respiro artificialmente concitato come la manovra del Valsalva possono produrre una stimolzione del nodo sinusale. L'O. mostra tracciati, che chiaramente mettono in luce questi fatti.

B. — Vi è un'altra serie di tachicardie, di *cuore veramente sfrenato*, con una frequenza tra i 180-220-240 polsi per minuto. Questi cuori sfrenati vanno sotto un'etichetta unica di tachicardia parrossistica. Si incontrano nelle più svariate contingenze morbose, hanno esiti diversi e per lo più insorgono improvvisamente e spariscono istantaneamente. L'O. presenta tracciati dimostrativi.

Il meccanismo d'insorgenza di queste tachicardie è interpretato oggi come di natura *eterotopa* cioè in dipendenza di stimoli insorgenti in parti del cuore, lontane dal nodo sinusale, per cui secondo la loro origine le tachicardie parossistiche si dividono in auricolari, atrio-ventricolari. Quelle che sono provocate da stimoli patologici insorgenti nel nodo del fascicolo atrioventricolare (e che rappresenterebbero il massimo numero di tachicardie parossistiche) hanno

preso il nome di *tachicardie con ritmo nodale*. Non si ammette la possibilità di tachicardie monotrope, insorgenti cioè nel nodo sinusale. Contro questo esclusivismo degli eterotopisti è necessario prendere posizione, oltre che nell'interesse della verità, anche per fini prognostici e curativi.

Vi sono in realtà tachicardie parossistiche *monotope*, insorgenti cioè nel centro normale regolatore del cuore. L'O. porta le prove a sostegno di questa tesi, mostrando numerosi ed interessanti tracciati probativi, fra cui uno nel quale è registrata l'insorgenza di un parossisma di tachicardia essenziale parossistica, provocato artificialmente con l'atropina.

Il prognostico delle forme sinusali di tachicardia parossistica è più favorevole che nelle altre forme di genesi eterotopa. L'O. ha visto individui riprendere la loro attività faticosa senza ulteriori disturbi. Queste forme monotope sono più accessibili alla cura, e fra gli espedienti più efficaci e provati, l'O. consiglia la compressione del vago e la manovra del Valsalva.

Perionichia punteggiata o puntiforme, epiteliolitica ipercheratica.

Prof. G. GARIBALDI. Sono tanti punti, di un quarto di millimetro, o meno, di diametro, bianchi, non lucidi, che si presentano sul margine epiteliare laterale delle unghie nella parte che forma la superficie esterna del vallo ungueale; in in cui si posa l'estremo laterale dell'unghia, nascondendosi nel detto vallo laterale; onde non è visto, allo scoperto, il termine laterale dell'unghia, come ne vediamo il suo estremo anteriore, od esaremo libero.

In questo margine epiteliale che circuisce l'unghia, si trovano delle alterazioni che possono essere di diverso aspetto.

L'alterazione è data da desquamazioni epiteliali in focolai puntiformi che sorgono nel margine epitelio-cutaneo, che circuisce l'unghia; e si mantengono per parecchi mesi in questo stato. Però, queste alterazioni, in molti individui, sono precedute da altre forme di *onichie e perionichie;* così, in alcune, ha preceduto un processo epiteliolitico della matrice dell'unghia, con caduta di questa e formazione di una ulcerazione a fenomeni di epiteliolisi cheratinizzante ed anche ulcerosa; la cui guarigione è venuta coll'uso interno dei preparati mercuriali e caustici locali; e più con preparati mercuriali anche localmente.

In un caso si è potuto seguire l'inizio della ipercheratosi marginale puntiforme a punti quasi invisibili; asportarne la parte squammosa ed esaminarla al microscopio.

Ciò che ha dato un reperto simile a quello descritto dal maestro prof. Campana, nella fase epiteliolitica di ulcerazioni cutanee consecutive ad adenite gommosa di nodi linfatici.

Cioè sono deficenze nella morfologia elementare epiteliale, che si succedono e mantengono dopo, come impressioni abituali degli elementi, che si vengono producendo in rimpiazzo degli antichi.

Questa intonazione biologica dell'epitelio non è accompagnata dalla presenza di parassita — ciò che parrebbe non indicare il fenomeno come guaribile con le cure antisifilitiche; se la esperienza in più di un caso non avesse dimostrato il contrario.

Intanto il fenomeno, riavvicinato a quello di flogosi croniche distruttive manifeste e visibili, ricorda adunque lo studio fatto dal prof. Campana nei nodi linfatici gommosi accompagnati da epiteliolisi ulcerose cutanee; ove si trovano ammassi puntiformi di tessuti non certo embriologicamente distinti negli atteggiamenti, di tutte e due, connettivo ed elemento epiteliale; chè, in questo stato, studiati, mostrano che vivono e non vivono, questi tessuti, ma resistono nel posto « non coi fenomeni della flogosi riparatrice o distruttiva; ma con un po' di tendenza dell'una e dell'altra; ciò che perpetua una essenza nuova, nociva, all'organismo in cui esiste, forse non tanto nei rapporti coll'intero organismo, ma certo in rapporto all'organo in cui la manifestazione esiste ». Ed il fenomeno viene descritto non con morte evidente di intero elemento epiteliale dello strato mucoso; ma con deficienze nella morfologia dei margini e del protoplasma cheratinizzato delle cellule, cosicchè, questi elementi, per essere resi obiettivi, nella deficienza parziale, vengono paragonati al dente eredoluetico di una varietà che ci si appalesa con piccole perdite puntiformi dello smalto, con fragilità maggiore di questo smalto.

Evidentemente il fenomeno nel suo insieme si riavvicina a quella forma di deviazione di cheratizzazione che viene indicata colla denominazione di *pitiriasis rosea pilaris* di Devergie, che nel suo tipo di borchie ipercheratiche notevoli ed uniformi è stata indicata colla denominazione di *paracheratosis, scutularis follicularis,*

Questa forma di manifestazione dovrebbe allinearsi alle varietà di porocheratosi già descritte dal rimpianto Mibelli.

Ma come coordinare questa forma ad altre fasi che hanno preceduto o son succedute al fenomeno puntiforme?

Non è certo il fenomeno della manifestazione epiteliolitica puntiforme il fenomeno più raro; perchè esso è l'inizio in ogni principio di manifestazione morbosa degli epitelii cutanei a

lento decorso: il conservarsi del fenomeno con una certa uniformità di andamento ed il ripetersi si è quello che dà allo stesso la consistenza di sostantività.

Se si ritorna a tutto il fenomeno epitiolitico cheratinizzante dei diversi organi della cute, dallo apparato secretivo sudorifero a quello sebaceo, e della produzione pilare, la storia morfologica delle varietà di acne, di seborrea, di asterrea, di produzione, ecc. si ha la nota indicante la fase d'interruzione territoriale della funzione fisiologica del rivestimento cutaneo e degli organi funzionali che lo adornano.

Ma questo non è tutto, perchè se l'organo complesso rappresenta la sua parte nella funzione, ne rappresenta l'elemento che questa compone.

E se tutta la biopatologia dei tessuti di rivestimento o epiteliali rappresenta un posto notevole in molte funzioni staccate, in molte deviazioni di questi tessuti lo rappresenta ugualmente.

Intanto non si risale a questo per molti processi epidermici nei quali la concorrenza in parte dell'organo non ammessa è poca per la scarsità sua. Ci son casi in cui non è più la glandola sebacea, il follicolo pilifero, la glandola sudorifera che determina il fenomeno e ne rappresenta la parte principale, ma è la cellula che per sè ammala; e basta seguire questo fenomeno negli effetti della grande categoria della patologia delle Psorospermosi per convincersene: si guardi per di più tutta la patologia delle invasioni sporozoarie dei pesci, dei rettili, tutta la invasione delle gregarinosi degli animali da cortile per comprendere subito della affinità funzionale degli epitelii a favorire i parassiti sporozoari e le loro vaste ed innumerevoli mansioni. Per l'uomo basta ripensare agli effetti sugli epitelii del mollusco contagioso installato tra i parassiti patogeni colle dimostrazioni culturali del maestro prof. Campana, per comprendere che sia l'epitelio dell'organo predisposto e non l'elemento glandolare.

Si dirà: ma si parla di effetti parassitari chiari innanzi ad una paracheratosi ove non si è dimostrato alcun parassita?

Ma certo, il parassita non esiste, e chi può escludere intanto che di quei pochi che rappresentano la fine in una manifestazione non esista affatto?

E qui trattandosi della sifilide, ci siamo dimenticati che questa lascia deviazioni che sono effetti della sifilide, deviazioni nutritive e funzionali e che non sono più il contenuto solo della sifilide. Come il caso che l'O. ha discusso.

E. GROSSI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

Sul comportamento del riflesso oculo-cardiaco nell'infanzia.

Il riflesso oculo-cardiaco nella infanzia è stato ancora poco studiato: se ne occuparono solo incidentalmente il Vierek e l'Eckert e in questi ultimi tempi in Francia l'Aviragnet, il Dorlencourt ed il Monici-Vinard che lo studiarono nella difterite e nella scarlattina: fra noi le prime ricerche si devono al Gismondi che all'VIII Congresso di Pediatria comunicò il risultato di alcune sue osservazioni limitate a venti bambini affetti da morbi diversi nei quali il riflesso fu trovato in tutti presente, eccetto che in due.

Ora il dott. Genoese della Clinica Pediatrica di Roma (*Gazzetta Internazionale di Medicina*, n. 14, 1918), pubblica uno studio di insieme sull'argomento, che è di grande importanza perchè involge uno dei problemi più dibattuti di moderna fisiologia: egli ha ricercato il riflesso oculo-cardiaco in numerosi bambini degenti nella Clinica per malattie diverse ed in molti bambini, di varia età, in condizioni normali, ed in tutti ha trovato *esagerato* il riflesso stesso, e ciò spiega col fatto che il bambino avrebbe un sistema autonomo preponderante sul sistema simpatico, ossia avrebbe una predisposizione *vagotonica* (secondo il concetto di Eppinger ed Hess) tanto più notevole quanto più tenera è l'età.

La tecnica sempre seguita dagli autori che trattarono l'argomento è quella della compressione dei bulbi oculari, ma il Genoese ha avuto risultati identici ed è riuscito a cercare il riflesso oculo cardiaco con un'altra manovra semplicissima e cioè con la stimolazione della mucosa faringea fino a provocare il vomito: sotto l'azione di tale manovra il polso si rallenta di parecchie pulsazioni.

Il riflesso nei bambini è esagerato anche allo stato di malattia e solo è abolito in quelle malattie che interrompono le vie per le quali il riflesso si compie: così fu trovato abolito dal Genoese in casi di meningite tubercolare in cui erano colpite le fibre radicolari del vago e in casi di paralisi post-difteriche con paralisi dei muscoli del faringe e laringe e del velopendolo: quando queste paralisi con il siero ad alte dosi guarirono il riflesso oculo-cardiaco fu visto ricomparire.

A. S.

CASISTICA E TERAPIA.

Sulla miocardite cronica.

H. A. Christian (*Journal of American medical Association*, 22 giugno 1918), da uno studio clinico di 230 casi di malattie cardiache, deduce che vi è una condizione patologica del cuore che si manifesta come insufficienza cardiaca, da disturbi del miocardio, senza lesioni valvolari organiche, e che si osserva con la stessa frequenza delle malattie valvolari. A tale condizione, per mancanza di un appellativo migliore, si dà il nome di miocardite.

Si osserva di solito in individui oltre i 40 anni, per lo più negli uomini; il cuore è quasi sempre ingrandito; vi si ascolta un murmure sistolico all'apice; ma, per quanto esso possa essere intenso od esteso, non si riscontrano quasi mai all'autopsia nè inspessimento, nè altre lesioni delle valvole.

Raramente si riscontrano nell'anamnesi la febbre reumatica acuta e la sifilide, che non sembrano avere importanza eziologica. In un terzo dei casi si riscontra l'alcoolismo, e spesso pure un'alta pressione sanguigna. Anche la nefrite cronica è abbastanza frequente, sebbene sopra 41 autopsie sia stata riscontrata solo 17 volte.

La sclerosi delle coronarie è un fattore importante in una metà circa dei casi; la lesione più frequente nel muscolo è l'aumento del connettivo interstiziale: talvolta non si trova invece che un'ipertrofia delle fibre muscolari.

L'elettrocardiogramma fornisce spesso le prove evidenti dei disturbi della funzione muscolare; nella metà dei casi si osservano o fibrillazione auricolare o altri fenomeni indicanti alterazioni nel sistema di conduzione, mentre altre volte, anche in casi avanzati, l'elettrocardiograma non palesa disturbi notevoli.

Per quanto riguarda il trattamento, la digitale, nei primi disturbi di compenso, è assai efficace; i diuretici hanno altresì buon effetto. In verità però non si conosce bene la ragione vera per cui si produce questo tipo di insufficienza cardiaca e v'è bisogno di studiare ulteriormente questi pazienti, sia durante la vita sia all'autopsia, per bene comprendere il meccanismo e la causa di tale condizione.

FIL.

L'uso degli oppiacei nelle affezioni cardio-vascolari.

Opinioni divergenti sono diffuse nelle varie scuole mediche sull'opportunità o meno di ricorrere ai preparati oppiacei e derivati nelle affezioni cardio-vascolari: accanto a chi proscrive in maniera sistematica, come possibile causa di danni, oppio e morfina, v'ha chi vi ricorre in ogni sofferenza quasi come ad una panacea universale. È opportuno rilevare per bocca di Laubry ed Esmein (*Paris méd.*, 19 ott. 1918) gli insegnamenti della scuola di Vaquez.

Nell'*angina di petto*, qualunque ne sia la patogenesi e la etiologia, durante l'accesso, è consigliabile l'iniezione calmante di morfina. È tuttavia prudente di non ricorrervi subito e di non permetterne l'uso senza altro al malato: talora il dolore è tanto istantaneo e fugace, che basta l'inalazione di poche gocce di nitrito d'amile per ottenere un utile effetto.

Ma se i dolori si prolungano e resistono anche alla somministrazione di soluzione di trinitrina-eroina, quando si minaccia un vero stato anginoso, l'injezione di morfina deve essere praticata ed anche ripetuta.

Essa abolisce la percezione del dolore e il fenomeno psichico dell'angoscia, obnubila i centri corticali della percezione.

La morte può sopravvenire con e senza l'iniezione di morfina: ogni medico deve avere piena nozione del pericolo dovuto alla malattia in sè, e renderne edotti i parenti del malato.

Nell'*edema acuto del polmone*, in cui l'improvviso squilibrio vasomotore porta ad una improvvisa secrezione broncopolmonare, talora rapidamente mortale, l'uso della morfina ha azione sedativa immediata.

Il timore di paralizzare alcune secrezioni salutari e in particolar modo la secrezione renale, trattiene molti medici e fa spesso proscrivere il medicamento. Gli AA. hanno avuto sempre da lodarsi dell'uso della morfina; pur avendo la fede che la scomparsa della improvvisa secrezione sia dovuta all'iniezione calmante, essi praticano contemporaneamente il salasso più o meno copioso locale o generale.

L'*ipertensione arteriosa* può trovare benefizio nelle injezioni calmanti; in quei casi specialmente, in cui l'ipertensione è parossistica (di cui l'esponente è la colica saturnina), la medicazione oppiacea è indicata. Nelle ipertensioni permanenti dovute ad ateroma, arteriosclerosi, ecc., gli effetti sono meno visibili e la prudenza deve essere maggiore; forse conviene in tali casi una medicazione più lenta e più tenue quale è quella delle polvere del Dower e della digitale.

Tra le affezioni acute, la *pericardite secca* con dolori, dispnea, disfagia, risente benefici effetti dalla medicazione oppiacea. La morfina deve essere riservata a circostanze drammatiche, mentre nei casi ordinarii è consigliabile servirsi dell'oppio, del Dower, senza digitale, salvo indicazioni speciali per il suo uso.

Nelle *affezioni valvolari*, l'intervento con gli oppiacei è necessario nell'episodio impressionante dell'embolia polmonare, delle congestioni polmonari, nell'edema acuto.

Nell'*asistolia*, quando ogni terapia tonica ha fallito e il malato è caduto nella cachessia cardiaca, la medicazione oppiacea è un sollievo per il malato: fa recuperare il sonno, attenua il senso di oppressione, rallenta la vita, e crea un adattamento, sufficiente per qualche tempo, dei bisogni cellulari ad una irrigazione ridotta.

Tra le *aritmie* solo la tachicardia parossistica può offrire l'occasione buona all'uso degli oppiacei quando essa specialmente si accompagni con sofferenze penose, insopportabili di angoscia o di dolori a tipo anginoso.

I preparati che meglio rispondono, e le ricette usate dagli autori sono:

Antipirina o Salipirina . . . } acgr. 20
Solfato di chinina . . . . . } acgr. 20
Caffeina . . . . } acgr. 2
Polvere d'oppio . . . . . . } acgr. 2
(una carta ogni 3 ore)

oppure:

Dionina. . . . . gr. 0.20
Acqua di lauroceraso . . . . » 10
X gocce 2 o 3 volte

Cloridrato di Morfina o d'eroina gr. 0.06
Sol. alcool. di trinitrina al ‰ gocce LX
Acqua distil. di lauroceraso gr. 20
Acqua distillata. . . . . . » 100
1 cucchiaino 2-3 v. al giorno.

Polvere del Dower . . . . gr. 0.20
Polvere di Digitale. . . . . » 0.10
una carta.

Infine la morfina, l'eroina 1 cgr. per iniezione ipodermica.

t. p.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'origine delle vescicole idatidee figlie.

Le vescicole idatidee secondarie si formerebbero, secondo la classica concezione di Kuhn, col seguente meccanismo: Nello spessore della membrana elastica, che costituisce la parte periferica dell'idatide, si formano delle vescicole, le quali presentano tutti i caratteri dell'idatide madre: cuticola all'esterno, mebrana germinativa all'interno, con gemmazione di larve. Nel corso del loro sviluppo, esse rompono la membrana, nello spessore della quale si sono formate e cadono nell'interno della cisti madre, che esse possono riempire (endogene), oppure esse rompono verso l'esterno la cuticola della cisti madre e si spingono all'esterno (vescicole esogene).

Tale proliferazione di vescicole figlie interne ed esterne è considerata dagli AA. come un segno di fecondità, legato alla vitalità della membrana madre.

Le ricerche del Dévé (*La Presse Méd.*, n. 45, 1918) mentre confermano il meccanismo di produzione delle cisti esogene, le quali costituiscono un numero esiguo nell'echinococcosi umana, aggiungendo che la loro produzione è legata al terreno biologico (tessuto osseo per es.) che offre resistenza all'ordinario sviluppo della cisti comune, portano ad una concezione completamente differente, sia sul modo di produzione, sia sul significato delle cisti figlie. Secondo l'A. le cisti endogene non riconoscono mai una origine cuticolare, ma nascono sempre nell'interno della vescicola madre, in rapporto con elementi che provengono dalla membrana germinativa. Esse derivano cioè: 1°) direttamente dal plasmodio ancora indifferenziato della membrana proligera parietale, evenienza rara; 2°) o dalle capsule proligere, che preformate e fertili, hanno secondariamente elaborato una cuticola esterna, origine egualmente rara; 3°) dagli scolici, in seguito a metamorfosi cistica di queste piccole teste di tenia, origine più comune; 4°) dalla parete delle cisti figlie in involuzione, da isolotti sopravviventi della mebrana parenchimale.

La formazione di cisti figlie non è il naturale prodotto della vitalità della membrana proligera della cisti madre. Finchè le condizioni biologiche della vescicola parassitaria rimangono intatte, essa resta col suo contenuto liquido limpido, sotto tensione, con le sue capsule proligere sospese alla membrana germinale, contenenti i loro scolici allo stato di riposo, di vita latente. Ma se sopravviene una causa perturbatrice, improvvisa o graduale, si produrranno dagli elementi germinativi le vescicole idatidee figlie.

Le cause perturbatrici più frequenti sono: la senescenza naturale della membrana madre, la evacuazione del liquido in seguito a rottura della parete cistica o a punzione, l'infezione dello spazio perivescicolare o endocistico, infine un gemizio biliare nello spazio perivescicolare.

In linea generale l'A. pensa che la formazione di cisti figlie rappresenta una forma di difesa dell'elemento parassitario stesso.

t. p.

Pubblicheremo prossimamente:

G. MINGAZZINI, *L'importanza delle catamnesi per la diagnosi delle malattie nervose.*

P. TIMPANO, *Ricerche batteriologiche nell'espettorato e nel sangue di individui affetti da influenza.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1032). *Trattamento delle cicatrici.* — L'abbonato 7896 chiede che venga indicato il trattamento di cicatrici recenti, poco estese ma ipertrofiche, prodottesi in seguito a scottature con consecutiva suppurazione ed eccessiva granulazione non curata a tempo.

Il collega si riferisce, senza dubbio, ai così detti *falsi cheloidi,* postumo frequente di ferite della cute, di scottature — come nel suo caso —, ecc. Ma non tanto la lunga suppurazione o l'eccessiva durata del periodo di granulazione sono le cause della *ipertrofia delle cicatrici* — come altri chiamano il processo morboso in discussione —, quanto invece un particolare stato biologico del tessuto connettivale dermico di alcuni individui, reagente in maniera quantitativamente esagerata e qualitativamente abnorme agli stimoli che ne mettano in atto i poteri di rigenerazione. Tali individui corrispondono a quelli che i nostri antichi chiamavano linfatici o scrofolosi e nei quali oggi noi riconosciamo in genere manifestazioni pretubercolari o esiti di processi tubercolari.

Ciò è importante anche per la terapia, il lato che più interessa. Questi falsi cheloidi si giovano di cure generali più che di locali, e quelle si identificano appunto con le provvidenze che oggi sogliamo porre in opera contro le manifestazioni pretubercolari e contro il riaccendersi di fatti tubercolari pregressi (aero-, elio-, dietoterapia, iodici, arsenicali, olii fosforati, ecc.).

Quanto alle cure locali, è pur vero che il medico spesso non può farne a meno, chè il paziente lo forza ad esse con insistenza. Ma nel caso delle cicatrici iperboliche, deve il medico saper resistere al paziente e specialmente negarsi alla estirpazione della antiestetica cicatrice: ad essa seguirebbe una cicatrice cheloidiena più brutta e ipertrofica della prima. E così pure non massaggi, nè pomate (impiastro di Vigo, impiastro alla resorcina, all'acido pirogallico, all'acido crisofanico, ecc.), nè scarificazioni, nè cauterizzazioni, nè elettrolisi e nemmeno le — un tempo tanto vantate — iniezioni locali di tiosinamina o fibrolisina, cui recentemente si è proposto di sostituire la cicatricina (tiosinamina + antipirina) o il cloridrato di colina.

Sola terapia locale che ha ottenuto varî successi in queste lesioni è l'applicazione delle emanazioni di radium o di mesotorium: 1-2-3 applicazioni, alla distanza di 8-10-15 giorni l'una dall'altra. I raggi Röntgen hanno azione simile, ma meno certa e meno rapida. I raggi Finsen sono stati di recente caldamente raccomandati dal Gaucher, sulla base di più casi personalmente curati e guariti.

Forse utile potrebbe essere il trattamento che in questi ultimi tempi il Chiray e il Bourguignon hanno usato per le cicatrici spesse e aderenti: la ionizzazione con ioduro di potassio; ma è bene attendere più ampia documentazione.

A titolo di curiosità, infine, le ricordo che da poco il Freeman ha ripreso la escissione delle cicatrici ipertrofiche, ma riunendo poi i margini della ferita cutanea sorpa una striscia di fascia lata liberamente innestata nel sottocutaneo. Ma la esperienza, pur felice, di un caso, è troppo scarsa per accoglierne la pratica.

l. c. z.

(1033). *Alopecia nell'influenza.* — All'abbonato n. 9310:

La caduta dei capelli dopo malattie infettive, specie di lunga durata, è fatto noto e di comune osservazione (nel tifo p. es.). È pure noto che il tempo è il migliore elemento di terapia, e che non vi sono medicamenti particolari per evitare l'inconveniente che infastidisce specialmente le donne.

Nell'influenza il fatto non è, per quanto è a nostra conoscenza, notato da nessuno.

t. p.

(1034). Al dott. S. P. da L.:

Gli esiti purulenti positivi di una vaccinazione antivaiolosa in individuo sifilitico terziario possono, senza dubbio di sorta, produrre infezione luetica in altri individui, anche nel caso che non vi siano manifestazioni sifilitiche in atto.

V. M.

(1035). All'abb. n. 311:

Legga la monografia originale di EPPINGER ed HESS: *Die Vagotonie,* 1910.

Troverà cognizioni sufficienti sul CASTELLINO e PENDE: *Patologia del simpatico,* 1915, e nell'articolo del PENDE « Il Tommasi », 1912: *Stati vagotonici e simpaticotonici.*

Nelle annate del *Policlinico* dal '912 in poi è riportato quanto è sufficiente per formarsi concetti generali esatti sul moderno argomento.

t. p.

(1036). All'abb. n. 7531:

Rimane sempre un ottimo trattato di diagnostica il Leube; consigliamo anche il Ferrio, trattato italiano e più moderno.

P.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

ROUSSY et LHERMITTE. *Blessures de la moelle et de la queue de cheval.* Collection Horizon. Prezzo L. 4. — Editori A. Masson et C^ie^, Parigi.

La pubblicazione di Roussy e Lhermitte è la più completa tra quante siano finora apparse sull'importante argomento; è uno dei più interessanti volumi della fortunata collezione *Horizon* edita dalla Casa Masson.

La sintomatologia, l'anatomia patologica, gli esiti, le complicazioni, il trattamento delle lesioni del midollo e della *cauda equina* sono esposte con chiarezza e con abbondanza di dati tali da dimostrare la perfetta competenza degli autori su tali interessanti argomenti della traumatologia e della neurologia.

a. a.

F. BONOLA. *Note di traumatologia del sistema nervoso centrale.* Prezzo L. 4. — Editore L. Cappelli, Bologna.

In piccolo volume l'A. ha raccolto i dati necessari per guidare il chirurgo ad una diagnosi di estensione e di sede delle lesioni traumatiche delle varie sezioni dell'asse cerebro-spinale, e le relative indicazioni tecniche per gli interventi.

Il lavoro scritto evidentemente allo scopo di dare ai medici militari una specie di guida nella diagnosi e nel trattamento delle lesioni del sistema nervoso centrale durante la guerra, merita di essere compulsato da nevrologi e chirurgi anche in tempo di pace.

a. a

I. LABORDERIE. *L'électricité médicale en clientèle.* — Editori A. Maloine et Fils, Parigi.

È un libro non solo completo e chiaro, ma anche ben condotto. La esposizione dei principî, delle nozioni, della tecnica, della diagnostica e della terapeutica elettrica è fatta in modo elementare, in modo che la comprensione ne riesce possibile anche a quei medici che per il loro indirizzo professionale non hanno pratica di tali sistemi di indagine e di cura.

L'A. dà varî suggerimenti molto pratici per le installazioni elettriche grandi e piccole, per lo specialista come per il medico pratico generico.

L'azione delle differenti modalità elettriche sui sintomi generali delle malattie, le indicazioni della elettricità nelle varie sindromi, la tecnica di applicazione sono esposte con semplicità e chiarezza.

DR.

A. POROT et A. HESNARD. *L'expertise mentale militaire.* Prezzo L. 4. — Editori A. Masson et C^ie^.

È una guida molto densa di nozioni e di consigli per i medici chiamati a risolvere giornalmente problemi di psico-patologia militare. Molto interessanti sono i capitoli riguardanti l'attitudine al servizio militare dei neuro-psicopazienti, i disturbi mentali di guerra, le perizie giudiziarie militari, la simulazione.

a. a.

VALLAT. *Accidents du travails des usines et des établissements de la guerre.* Collection Horizon. Prezzo L. 4. — Editori A. Masson et C^ie^, Parigi.

Questo libro è un commentario alla Legislazione attuale sugli infortuni sul lavoro applicata in tempo di guerra. È d'altra parte una guida pratica per la determinazione delle invalidità permanenti.

a. a.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MASSAROTTI VITO: Per la Nuova Italia. Considerazioni sulla mentalità italiana del prima e dopo guerra. — Milano, 1918.

CACCINI ATTILIO MARIO: The Problem of Tuberculosis in Modern Armies at War, and its Study and solution in the Italian Army. — New-York, 1918.

PERSICHETTI MICHELE: I doveri del soldato e la idoneità alle fatiche di guerra. (Conferenza). — Roma, 1918.

NEGRONI GIOACHINO: Del reperto anatomo-patologico degli ematomi arteriosi in rapporto alla genesi degli aneurismi traumatici. — Milano, 1918.

BERTOLANI A.: Nevrosi celiaca con manifestazioni convulsive. — Reggio-Emilia, 1918.

RÜHL CARLO: Sopra un caso di « Purpura annularis teleangiectodes » del Majocchi. — Milano, 1918.

BILANCIONI GUGLIELMO: Imponente vertigine labirintica da tampone ceruminoso unilaterale. — Roma, 1918.

BATTAGLIA MARIO: Prostatectomia transvescicale. — Roma, 1918.

NERI VINCENZO: Segni elettrici di lesione del fascio piramidale. — Bologna, 1918.

ARNONE G.: Sciatica vera e sciatica simulata. — Palermo, 1918.

SESTINI LEONE: La razione alimentare negli ospedali di terra e quella a bordo delle navi-ospedale della R. Marina. — Roma, 1918.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per la smobilitazione dei medici.

Il Direttore Generale della Sanità militare, Generale Della Valle, ha inviato all'on. Brunelli la seguente lettera:

Onorevole Deputato,

Per la smobilitazione degli ufficiali medici, della quale la S. V. ha espresso desiderio di conoscere i criteri adottati da questo Ministero, Le comunico che si è stabilito di non procedere automaticamente *per classe,* poichè, a differenza delle varie armi che costituiscono una energia in massa, riducibile man mano che le esigenze militari diminuiscono, i medici, come la S. V. ben comprende, rappresentano valori da utilizzare individualmente, in base al *criterio delle prevalenti necessità militari o civili.*

Come alla S. V. è ben noto, il Corpo sanitario militare fu costituito, all'atto della mobilitazione, nella quasi sua totalità, da elementi tratti dalle categorie sanitarie in servizio civile, nel quale ha determinato un intenso perturbamento in primo tempo e poi un profondo disservizio, che la epidemia influenzale, tuttora incombente, ha messo in tutta la sua dolorosa evidenza.

Cessate, pertanto, le necessità estreme della guerra guerreggiata, è subito emersa la prevalenza delle esigenze sanitarie delle popolazioni civili che furono da questo Ministero prontamente e decisamente affrontate, in perfetta intesa colla Direzione Generale della Sanità pubblica.

Con ogni sollecitudine si provvede pertanto all'esonero dei medici già appartenenti a pubbliche Amministrazioni, senza tenere più conto nè delle classi di leva, nè della idoneità fisica o del tempo trascorso in zona di guerra. Il criterio regolatore è stato informato dal riconosciuto bisogno di reintegrare il più sollecitamente e completamente possibile quel ramo del servizio sanitario che non era prudente lasciare oltre nello stato esasperante in cui oramai era venuto a trovarsi. In applicazione di tale concetto, dai primi di dicembre u. s. ad oggi questo Ministero ha determinato l'esonero di circa 700 ufficiali medici e procede, con costante sollecitudine, all'ulteriore sviluppo del concetto stesso.

L'altra funzione pubblica di cui l'Amministrazione militare spontaneamente riconobbe la necessità della improrogabile riattivazione, fu quella dell'insegnamento medico universitario per ridonarne il beneficio pieno e completo agli studenti di medicina, i quali, per le condizioni di guerra, hanno fatto gli studi fondamentali in corsi affrettati ed incompleti, talchè ritardando ancora la frequenza dei corsi regolari, nell'ambiente proprio, la laurea avrebbe rappresentato per essi il conseguimento di una maturità legale ma non professionale e pel paese un pericolo ed un danno evidenti.

In esecuzione di questo intendimento, concordato, oltrechè col Comando Supremo, col Ministero dell'Istruzione Pubblica, tutte le Cliniche e gli Istituti medico-chirurgici universitari rientrano in funzione colla piena efficienza del proprio personale, nella tradizionale esplicazione del libero insegnamento.

Garantite in tal modo le essenziali pubbliche necessità, sono state prese in esame le condizioni particolari degli ufficiali medici rispetto ai privati interessi e, prima di ogni altra disposizione, è apparsa equa quella di ricollocare in congedo i medici appartenenti alle classi 1870-73 chiamate alle armi col provvedimento straordinario di cui al D. L. 12 aprile 1916, limitatamente cioè ai cittadini laureati in medicina, i quali, per ciò, bisognava, appena possibile, restituire alla legge comune.

Subito dopo di essi viene accordata la precedenza nel congedo a quegli ufficiali medici che sono accorsi prontamente da lontano al richiamo della Patria, abbandonando all'estero, ove risiedevano da molti anni, famiglia, clientela, interessi, nonchè a quegli ufficiali medici nominati in base al D. L. 57 della legge e cioè medici civili non obbligati a servizio militare, per ragioni di età ma solo in seguito a loro adesione.

Per non aggiungere ai danni della guerra le ripercussioni di una immediata smobilitazione *per quelli non appartenenti a pubbliche Amministrazioni* e non aventi la possibilità di una sollecita ripresa di esercizio professionale, vengono trattenuti alle armi gli ufficiali medici che ne facciano domanda, accordando loro tutte le agevolazioni possibili, per la durata massima compatibili con le esigenze del servizio.

Indipendentemente poi dalle ragioni di interesse pubblico e da considerazioni di particolare riguardo, questo Ministero procede al ricollocamento in congedo degli ufficiali generali e superiori medici, del personale cioè direttivo, man mano che il congegno sanitario si riduce e le funzioni straordinarie vengono riassorbite dall'àmbito della normalità.

Si tratta, invero, di ufficiali medici che, richiamati dalla riserva o dalla P. A., hanno por-

tato alla causa sanitaria tutta la saggezza della esperienza acquistata nel lungo servizio alle armi ed una costante operosità, e ciò ad onta dell'età e delle condizioni fisiche, con notevole rendimento, specie per quelle attribuzioni medico-legali che hanno più diretta ripercussione erariale e nella disciplina dell'esercito.

Riassumendo: nel giro di un mese sono stati disimpegnati dal servizio militare:

a) 700 medici esonerati per pubbliche Amministrazioni;

b) 500 per l'insegnamento universitario;

c) 2000 e più aspiranti medici per ragioni di studio;

d) 300 e più ufficiali superiori della riserva e della P. A.

Dato quanto ho avuto l'onore di esporre, nutro fiducia che la S. V. apprezzerà adeguatamente la portata dello sforzo compiuto, specie se terrà presente che per la funzione sanitaria ci troviamo in una condizione quasi paradossale e cioè che, mentre è cessata la guerra, sono aumentate le necessità sanitarie, derivate dal fatto che questo Ministero ha dovuto provvedere in gran parte con ufficiali medici al servizio sanitario civile nelle terre liberate e redente, corrispondere alle gravi esigenze di servizio sanitario sorte dal rimpatrio dei nostri prigionieri restituiti dal nemico, ed a quelle, non meno gravi, dell'assistenza ai prigionieri catturati nella nostra ultima vittoriosa avanzata, mentre oltre 1000 ufficiali medici sono tuttora impegnati tra le popolazioni infestate dall'epidemia influenzale.

Con osservanza

Per il Ministro
DELLA VALLE.

Dalla lettera inviata all'onorevole Brunelli risulta che il Ministero della guerra riconosceva la necessità di seguire, per la smobilitazione dei medici, il criterio delle prevalenti necessità, senza tener conto della classe di leva, del servizio prestato e della idoneità fisica e subordinatamente quella delle ragioni individuali.

Noi, prima che i propositi della Direzione della Sanità Militare fossero manifesti, abbiamo espresso concetti pressochè analoghi; non possiamo quindi che approvare il programma enunciato nella lettera su riportata.

Non è dubbio che il criterio di smobilitare i medici *esclusivamente* secondo le classi di leva cui appartengono, era da scartarsi. Un tale sistema sarebbe stato certamente comodo per la sua semplicità e non avrebbe provocato impazienze e risentimento da parte di nessuno. Ma, bisogna riconoscerlo, non si sarebbe adeguatamente, convenientemente provveduto alle necessità urgenti del momento ed a quelle per il futuro più o meno prossimo. Non si sarebbe potuto provvedere ad un'equa distribuzione del personale sanitario alle Amministrazioni comunali: alcuni Comuni avrebbero potuto avere medici in eccesso, altri non averne affatto. E così inviando gli studenti di medicina alle rispettive Università senza smobilitare il personale delle Cliniche, degli Istituti scientifici, si correva il rischio di avere allievi senza una scuola convenientemente preparata.

Nella smobilitazione insomma bisogna seguire criterî meno caotici di quelli seguìti per la mobilitazione.

Riteniamo quindi che si sia ben provveduto restituendo innanzi tutto i medici richiesti per il servizio civile. E con questo sistema, a quanto a noi risulta, sono stati già congedati circa 5000 sanitarî, di cui 700 medici condotti ed ospedalieri, 250 docenti universitarî, 350 ufficiali superiori di riserva e di milizia territoriale, 400 fra medici chiamati alle armi *ex lege*, cioè appartenenti alle classi 1870-73, e medici ritornati dall'estero, e oltre tremila studenti della facoltà di medicina.

Ma non è dubbio che la smobilitazione non poteva, nè doveva arrestarsi a ciò. Ogni considerazione di interesse pubblico non doveva far trascurare gli interessi della più numerosa categoria di professionisti, i medici liberi esercenti, che sono quelli che più hanno dato e più hanno perduto. E la Direzione di Sanità Militare molto opportunamente, dal gennaio ultimo scorso, ha iniziato il congedamento per anzianità di leva. È stato dapprima disposto il congedamento dei medici appartenenti fino alla classe 1876 inclusa, per modo che sono stati licenziati altri 900 ufficiali medici, ed il 5 febbraio c. m. è stato disposto il congedamento degli ufficiali medici appartenenti alle classi successive fino al 1880, per modo che i medici seguono la stessa sorte degli ufficiali appartenenti alle altre armi e corpi.

Il sistema adunque seguìto sembra più adatto a contemperare le esigenze dei servizî con gli interessi dei medici. Questo sistema, che nelle sue linee essenziali non è differente da quello seguìto per altre categorie di ufficiali, permette anzi di mettere in libertà un maggior numero di sanitarî. E più ne metterebbe in libertà se da parte di certi corpi costituiti in zona di guerra non si pretendesse di tenere ancora in onore organici e quadri che, col cessare delle ostilità, non hanno più ragione d'essere.

Noi riteniamo che se ci si acconciasse a certe rinuncie si potrebbe provvedere al congedamento dei medici con un ritmo anche più accelerato di quello finora seguito.

Noi ci rendiamo perfettamente conto della necessità di non sfasciare il servizio con intempestivi ed affrettati congedamenti.

Il servizio sanitario militare ha ancora molto da fare. Ma per tutte le provvidenze riteniamo potrebbero essere sufficienti, oltre gli effettivi, gli ufficiali medici di complemento che desiderano di rimanere ancora sotto le armi. Malgrado le impazienze più o meno giustificate di qualcuno, ci sono ancora nell'esercito medici che hanno interesse a rimanervi. Sono giovani professionisti che allo scoppio della guerra non avevano ancora una clientela, o che l'hanno perduta per ragione della guerra. A questi giovani farebbe comodo di rimanere ancora sotto le armi per aver tempo di sistemare decorosamente i propri interessi. Lo Stato dovrebbe aiutarli in ciò destinandoli nelle residenze da essi desiderate, il che è tanto giusto quanto possibile mandando a casa, anche se non ne avessero desiderio, i medici anziani, e facendo respirare un po' l'aria del Trentino e dell'Istria, della Dalmazia ed anche dell'Africa a quelli che non si sono a tali località mai avvicinati.

I medici hanno diritto a riguardo più di ogni altra categoria di cittadini. Essi hanno dato un contributo di sangue non inferiore a quello tanto generosamente dato da altri; sono stati per quattro lunghi anni sottoposti ad ogni fatica nei depositi, negli ospedali, nelle ambulanze, nelle trincee; prima di tutti gli altri cittadini sono stati chiamati alle armi anche quelli appartenenti a classi che per legge non potevano essere richiamati.

Tutto ciò conviene che sia giustamente apprezzato dagli altri; ma certo per ottenere ciò è necessario che i medici abbiano innanzi tutto una maggiore coscienza dei proprî diritti di classe, e quindi un maggiore reciproco rispetto. I sospetti, le accuse contro questa o quella categoria di colleghi non giovano al prestigio della classe e non migliorano le condizioni di nessuno anche se riescono a peggiorare quelle di altri. È necessaria la maggiore obbiettività di giudizî almeno per non autorizzare quelle autorità che ci hanno finora malmenati, a considerarci e trattarci anche peggio.

Ancora per la smobilitazione dei medici.

Il Presidente dell'Ordine dei medici di Torino ha inviato al Ministro della guerra la seguente lettera:

Eccellenza,

Le gravi difficoltà in cui si dibatte il servizio sanitario civile di questa Provincia, difficoltà del resto comuni a tutta Italia, impongono all'Ordine dei medici, che io ho l'onore di presiedere, l'obbligo di richiamare la benevola attenzione dell'E. V. sulla necessità imperiosa della smobilitazione dei sanitari delle classi anziane e specialmente sui criteri che dovrebbero guidare la autorità competente per una più razionale utilizzazione che, salvaguardando, bene inteso, le necessità dell'esercito, conciliasse con quelle le esigenze della popolazione civile.

La cessazione dello stato di guerra ha fatto sì che molte unità santarie predisposte per ottemperare alle urgenti ed improvvise necessità di azioni guerresche, da qualche mese non hanno più ragione di essere. Risulta infatti che tutte le Sezioni di Sanità hanno cessato o quasi di funzionare, che molti Ospedaletti da campo sono completamente inattivi.

Ogni giorno mi è dato di apprendere da medici — i quali vengono tra noi dalla zona di guerra o dalle retrovie per licenza o per servizio — che un numero rilevante di colleghi, completamente inutilizzati, affollano città od ospedali vuoti o quasi, mentre l'opera di costoro, che pur hanno servito la Patria in guerra nel modo più lodevole, sarebbe di grande utilità se svolta presso le Amministrazioni ospedaliere o comunali. Il servizio medico civile ha bisogni sempre più pressanti; quaranta Comuni della Provincia in cui l'epidemia influenzale serpeggia tuttora e fa... vittime... sono prive di sanitari e i medici dei paesi viciniori sono, per quanto abbiano dato prova della più encomiabile abnegazione, impari al còmpito... Quanto sopra è tanto vero che il Governo ha dovuto mandare medici militari in servizio civile, mentre sarebbe più logico che la condotta fosse coperta dal titolare, tuttora alle armi, che è costretto, suo malgrado, ad oziare in zona di guerra, mentre egli sarebbe felicissimo, con evidente vantaggio delle Amministrazioni, di ritornare alla sua sede.

L'Ordine dei medici si rivolge pertanto alla E. V. perchè si compiaccia di disporre per la riduzione del numero dei medici in zona di guerra allo stretto necessario e per l'invio in zona territoriale del personale addetto ad unità che hanno cessato di funzionare.

L'Ordine dei medici invoca per i sanitari la estensione del provvedimento adottato in favore degli ufficiali, avvocati e procuratori, cioè a dire che anche i medici siano inviati alle Amministrazioni ospitaliere ed ai Comuni di loro abituale residenza, il che consentirebbe pure l'invio in

congedo delle classi anziane che sono in servizio territoriale.

L'Ordine dei medici della Provincia di Torino, mentre confida che l'E. V. prenderà in benevola considerazione i su esposti desiderata, porge alla E. V. i sensi della più alta considerazione.

Il Presidente: G. ROCCANO.

Cronaca del movimento professionale.

Smobilitazione degli studenti di medicina. — A complemento ed a parziale rettifica di una notizia già data, aggiungiamo che per la facoltà di medicina i provvedimenti già presi e da prendersi si riferiscono agli studenti iscritti al 3°, 4°, 5° e 6° corso, purchè nati dal 1890, incluso, in poi, non provenienti da altre facoltà e che non abbiano un'altra laurea. Gli studenti di 1° e 2° corso di medicina saranno certamente compresi, invece, nelle disposizioni generali, di imminente pubblicazione, e sopra indicate, che si riferiscono a tutti gli ufficiali di armi combattenti iscritti ai corsi universitarî ed anche gli studenti di liceo ed istituto tecnico che siano stati chiamati alle armi a 18 anni: presumibilmente, cioè, almeno le classi dal '98, compreso, in poi.

Ordine dei Medici della provincia di Venezia. — Il 26 gennaio l'Ordine dei Medici della provincia di Venezia tenne la sua assemblea generale ordinaria, sotto la presidenza del prof. Cappelletti. I convenuti tra altro approvarono l'invio a tutti gli Ordini e le Associazioni che vi corrispondono, delle Provincie liberate e delle terre redente, del seguente telegramma:

« Ordine Medici Venezia radunato oggi in assemblea generale per la prima volta dopo fulgida vittoria nostre armi liberatrici, invia fraterno solidale saluto ai colleghi generose terre redente e liberate. — Presidente: *Cappelletti* ».

Ordine dei medici della Provincia di Messina. — Sotto la presidenza del Presidente dell'Ordine, prof. L. Tornatola, il 12 gennaio u. s. ebbe luogo l'assemblea generale ordinaria dell'Ordine dei Medici di Messina. Il presidente, dopo avere inviato un saluto ai sanitari caduti e feriti ed a quelli che hanno dato fulgide prove di abnegazione e di valore, ha prospettato il programma della Classe medica nel dopo-guerra.

Ha rilevato che ai medici compete un alto mandato; ma perchè possano adempierlo, è d'uopo che essi osservino anzitutto i doveri verso se stessi. Ha espresso il convincimento che l'organo che meglio può patrocinare ogni giusta causa del Corpo Sanitario sia la Federazione degli Ordini. Ed ha formulato il seguente programma di azione: Istituzione di una Cassa Pensione per i medici, con assicurazione contro le malattie ed i sinistri acquisiti nello esercizio professionale; Revisione delle leggi per gli Ordini Sanitari; Revisione della legge sugli infortuni per l'applicazione equa e giusta dei diritti e dei doveri degli Istituti assicuratori, degli industriali e degli operai, coll'obbligo della cura medica per parte delle Società assicuratrici; Abolizione della condotta piena; Revisione delle tariffe giudiziarie, ecc.

Ha soggiunto che i medici, per mostrarsi degni della solenne ora che volge, devono sollecitare dal Governo le leggi igienico-sociali, che più specialmente giovano al popolo, che ci ha dato la grandiosa vittoria. Urge provvedere alla lotta contro tutte le malattie infettive (tubercolosi, tracoma, ecc.); all'igiene delle case, delle scuole, delle officine, all'igiene alimentare; a tutti i servizi di assistenza e polizia sanitaria.

E per risolvere opportunamente tali gravi e vitali problemi l'A. sostenne essere necessaria l'istituzione del Ministero di Sanità, la cui utilità fu per primo riconosciuta e dimostrata molti anni or sono in Italia da Agostino Bertani, e che negli Stati Uniti di America ed in Inghilterra già è in via di costituzione.

Infine propose il seguente ordine del giorno, che i convenuti approvarono:

« L'Assemblea dell'Ordine dei Medici della Provincia di Messina;

Riconosciuta l'urgenza di affrontare in pieno il problema Sanitario e di organizzare i diversi servizi esistenti;

Riconosciuta la necessità di riforme igienico-sociali nello interesse diretto delle popolazioni, che, magnificamente e mirevolmente combattendo e resistendo, ci condussero alla più grande vittoria;

Riconosciuto l'obbligo nel Governo di approntare i fondi indispensabili per i servizi igienico-sanitari nello intento di mantenere salda la salute della Nazione;

Fa voti perchè sia istituito un *Ministero di Sanità* ».

Per l'esercizio della medicina all'estero. — L'Ordine dei medici della Provincia di Cosenza ha approvato il seguente ordine del giorno, che è stato comunicato al ministro dell'Interno ed al direttore generale di Sanità:

« La classe dei Medici, convinta di avere efficacemente contribuito alla vittoria della Intesa, che è la vittoria del diritto e della giustizia; persuasa che i nuovi tempi richiedono nuovi orientamenti che mettano fine ad ogni pri-

vilegio economico e ad ogni ingiustizia a danno di una classe di professionisti, come quella dei Medici, non seconda ad alcun'altra per coltura, grado accademico e patriottismo; fa voti perchè fra i governi dell'Intesa si convenga subito di concedere reciprocamente a tutti i medici delle Nazioni alleate il libero esercizio professionale, previa presentazione del diploma di laurea e di opportuna tessera di riconoscimento ».

Propaganda dell'Unione Nazionale dei Medici Italiani. — Durante la guerra l'Unione Nazionale dei Medici Italiani assolse il còmpito di cooperare alla resistenza interna.

Ora le direttive della sua azione si svolgeranno al còmpito, già segnato dal Congresso di Genova nello scorso maggio, così sintetizzato: « Collaborare alla formazione del sentimento e del carattere nazionale degli italiani e per una degna vita politica e sociale del Paese ».

L'incarico di organizzare questo nuovo e vasto lavoro venne affidato, dal Congresso, alla Sezione Milanese, che ora ha diretto a migliaia di colleghi una circolare per chiederne la collaborazione attiva e per informarli sulle linee generali del programma.

L'Unione mira a valorizzare l'influenza sociale dei medici ed a tale scopo si propone di organizzarsi saldamente per modo che possa trovare degno posto accanto alle Associazioni mediche scientifiche ed economiche già esistenti. A tutti i colleghi aderenti verrà inviato gratuitamente il periodico settimanale dell'Unione, *Il Medico Italiano*, propugnatore dei princípî su esposti, e verranno trasmesse le informazioni per l'eventuale costituzione di nuove Sezioni.

Quanto maggiore sarà il numero delle adesioni, tanto più solenne e significativa diverrà l'affermazione degli scopi perseguiti, la quale sarà fatta nel prossimo Congresso Nazionale indetto a Trieste.

Le adesioni si raccolgono dalla Sezione Milanese (Via S. Paolo, n. 10, Milano).

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

L'istituzione del Comitato centrale antitubercolare.

Un D. L. (n. 1691) dspone quanto appresso:

Art. 1. — Il Consiglio Superiore di sanità:

a) porta la sua attenzione sui fatti riguardanti la profilassi sociale della tubercolosi nel Regno;

b) segue l'attività dei Comitati provinciali antitubercolari di cui è informato dal direttore generale della sanità pubblica;

c) dà parere sulle questioni relative alla profilassi sociale della tubercolosi, che gli siano sottoposte dal Ministero dell'Interno;

d) concorre con i suggerimenti del caso all'attuazione delle disposizioni per la profilassi sociale della tubercolosi, e specialmente al coordinamento e alla disciplina, in merito all'indirizzo, dell'attività delle istituzioni antitubercolari pubbliche e private;

e) propone le provvidenze che ritiene necessarie per il raggiungimento dei fini della difesa sociale contro la tubercolosi.

Art. 2. — A decorrere dalla entrata in vigore del presente decreto, fanno parte del Consiglio Suepriore di Sanità, con i componenti indicati dall'art. 1 del nostro decreto 31 dicembre 1915, n. 1910:

un rappresentante del Ministero per l'assistenza militare e per le pensioni di guerra;

un rappresentante della Croce Rossa Italiana;

un rappresentante dell'Opera Nazionale per la protezione e l'assistenza agli invalidi di guerra;

quattro esperti, scelti fra i cultori di profilassi sociale della tubercolosi e di edilizia sanitaria.

Art. 3. — Le attribuzioni indicate all'art. 1 sono esercitate, nei casi di urgenza e tutte le volte nelle quali per speciali ragioni di convenienza gli siano deferite dal Ministro dell'Interno, dal Comitato Centrale antitubercolare, presieduto dal presidente o dal vice-presidente del Consiglio Superiore, e composto:

del Direttore Generale della sanità pubblica;

del medico ispettore del corpo sanitario militare e del medico ispettore del corpo sanitario marittimo, che fanno parte del Consiglio superiore di sanità;

dei membri del Consiglio Superiore indicati all'art. 2.

Art. 4. — I membri del Consiglio Superiore che verranno nominati nella prima attuazione del presente decreto resteranno in carica anche per il triennio 1919-1921.

ATTI PARLAMENTARI.

Utilizzazione del materiale degli ospedali militari.

L'on. Joele ha presentato alla Presidenza della Camera, chiedendo la risposta scritta, la seguente interrogazione: « Al Ministro della guerra, per sapere se non ritenga opportuno che il materiale sanitario, nonchè i letti, la biancheria, ecc. degli ospedali militari che si vanno

smontando giornalmente, sia ceduto gratuitamente o quanto meno a prezzo di favore agli ospedali civili ed a tutti gli asili ed ospizi che ne facciano richiesta, evitando così la speculazione dei privati incettatori ».

(Ricordiamo che la Commissione Reale per il dopo guerra ha già approvato un ordine del giorno, per l'utilizzazione del materiale sanitario di guerra. Lo abbiamo pubblicato nel fasc. 1°, a pag. 29).

Provvedimenti per l'influenza.

Ad una interrogazione dell'on. Amici, al riguardo, il Sottosegretario di Stato per l'Interno, on. Bonicelli, ha così risposto:

« Pur in mezzo alle gravi molteplici difficoltà prodotte dalla chiamata alle armi della grandissima parte dei medici, il Ministero dell'Interno ha sempre cercato di non far mancare, specie nei piccoli Comuni, l'assistenza sanitaria, sia a mezzo d'interini, nominati dai Prefetti a norma del Decreto Luogotenenziale 22 agosto 1915, numero 1311, sia a mezzo di medici militari comandati a prestare servizio civile, a termini del D. L. 9 dicembre 1917, n. 195. In occasione della recente epidemia influenzale il numero dei medici posti dall'Autorità militare a disposizione delle Prefetture pel servizio civile è stato portato ad oltre mille. Nella provincia di Perugia oltre quelli che già vi erano in servizio, altri 36 ufficiali medici furono messi a disposizione di quel Prefetto.

Per quanto poi si riferisce ai medicinali ed alle Farmacie, dovunque sono state segnalate deficienze, la Direzione generale della Sanità ha fatto larghissimo invio non solo di medicinali e disinfettanti, ma anche di alimenti come latte condensato, brodi concentrati e farine lattee. Nè sembrerebbe conveniente pregiudicare in coincidenza di evenienze transitorie la risoluzione definitiva della questione dei pratici di farmacia, la quale per la sua importanza richiede una propria trattazione ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7586) *Modificazione al regolamento generale per le pensioni.* — Dott. E. B. da S. L. N. Il Decreto Luogotenenziale del 14 novembre scorso, n. 1779, riguarda la parte tecnica e contabile della azienda delle pensioni ai medici condotti, i quali, per altro, mantengono saldi e fermi i loro diritti acquisiti, in nulla avendo in essi a che vedere le innovazioni prescritte.

(7587) *Liquidazione della pensione.* — Dottor U. V. da P. Per ottenere la liquidazione della pensione, cui ha diritto, deve rivolgere domanda in carta da bollo all'Ufficio sanitario della Provincia, unendo, in carta libera, i seguenti documenti: *a*) atto di nascita; *b*) la laurea in originale od in copia autentica notarile; *c*) lo stato di servizio compilato sul modulo a stampa che viene fornito dalla Direzione generale degli Istituti di previdenza; *d*) gli atti di nomina e di licenziamento o di accettazioni di dimissioni; *e*) il certificato del Sindaco comprovante i periodi di prestazione del servizio con a tergo l'elenco degli stipendii annui percepiti, e, *f*) il congedo del servizio militare, se necessario.

(7588) *Aumento di stipendio e caro-viveri.* — Dott. C. F. da N. Il Comune, che in linea generale ha deliberato l'aumento di stipendio ai suoi medici condotti, non può escludere da tale aumento coloro che, coprendo provvisoriamente altra condotta priva di titolare, percepiscono un doppio stipendio, giacchè, diversamente operando, ritrarrebbe un indiretto vantaggio dal danaro che eroga un'altra Amministrazione. Se ognuna di esse usasse poi il medesimo trattamento, il medico condotto, pur servendo due Comuni, con sacrifizio personale ed economico, non otterrebbe aumento di sorta. Ella, quindi, ha diritto a conseguire l'aumento tanto presso l'uno quanto presso l'altro Comune. L'indennità caro-viveri compete egualmente presso entrambi i Comuni, purchè in ognuno di essi lo stipendio non supera le lire 4500 annue. Il Monte pensione esige i contributi solo nel Comune in cui il medico è titolare, ma non in quello in cui è provvisorio.

(7589) *Pensioni.* — Dott. F. T. da C. Avendo Ella aderito alla Cassa di previdenza nel 1903, cioè, prima della promulgazione della legge del 2 dicembre 1909, può riscattare sino a 15 anni di servizio prestati anteriormente al 1° gennaio 1899, epoca in cui entrò in vigore il funzionamento del Monte delle pensioni. Ciò stante Ella può giovarsi di un solo anno di precedente servizio, e, cioè, di quello del 1898. Tenuto conto di tale anno e di quelli prestati dal 1903 ad oggi, ha nel suo attivo 17 anni di servizio. E poichè per la liquidazione della pensione occorrono 24 anni, sei mesi ed un giorno di servizio, Ella non potrà avanzare domanda di liquidazione prima del 1926, epoca in cui avrà 69 anni di età. In base a tali dati liquiderà l'annua somma di lire 1888. Non occorre alcuna pratica per riscattare l'anno di servizio nè alcuna spesa.

(7590) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. abbonato 5393. Stando alle condizioni di fatto esposte nel

quesito, a Lei competono i due mesi di stipendio per la chiamata sotto le armi, così come Le compete l'aumento di stipendio, se concesso dal Consiglio Comunale e la indennità caro-viveri. In caso di diniego del Comune a corrisponderle quanto Le è dovuto, può produrre ricorso alla G. P. A. ed, occorrendo, anche alla ordinaria autorità giudiziaria.

(7591) *Pensioni.* — Dott. C. B. da P. M. Con 61 anno di età e 28 di servizio, liquiderà l'annua pensione di lire 1433.

(7592) *Medici militari in servizio civile.* — Dott. A. P. da S. Il medico militare in servizio civile deve provvedere agli stessi obblighi del titolare chiamato alle armi (Ambulatorii, Ospedali, ecc., ecc.). In corrispettivo di questi l'Amministrazione comunale deve corrispondergli le speciali indennità che per tali servizi sieno stanziate in bilancio. Quando, mancando stanziamenti del genere, il corrispettivo di tali servizi debba intendersi conglobato nello stipendio assegnato al medico condotto ed il capitolato di servizio non contenga indicazioni al riguardo, il Comune, in richiesta dello interessato, determinerà, con l'approvazione della autorità tutoria, la quota di stipendio che deve considerarsi come compenso degli anzidetti obblighi speciali e, come tali, corrispondersi al medico militare. L'imposta di tale quota è detratta dallo stipendio che spettava al medico civile precettato e perciò sia lo stipendio che la eventuale differenza fra lo stipendio civile e quello militare da corrispondersi dal Comune al medico stesso, dovranno essere computati tenendo conto di tale detrazione. Il personale di sorveglianza di un Ospedale, ammesso in servizio per un biennio di prova, trascorso tale biennio senza che vi sia stato licenziamento, non può ritenersi confermato effettivo, ma è necessario, che l'Amministrazione esplicitamente deliberi tale conferma.

(7593) *Supplenza - Se sia obbligatoria.* — Dottor A. M. da T. Il Sindaco non può obbligare uno dei suoi medici condotti a prestare servizio come supplente di altro sanitario mancante, tanto meno se intende corrispondergli stipendio inadeguato al lavoro, quale lo percepiva prima il medico che si desidera fare supplire.

(7594) *Aspettativa.* — Dott. G. C. da C. Potrà ottenere dal Comune l'aspettativa sempre che il capitolato con il quale fu assunto in servizio od il regolamento sanitario comunale prevedano e disciplinino tale posizione. Potrà, però, chiedere il congedo per ragione di salute. Durante tale congedo, che può avere la durata massima di un anno, l'onere della supplenza resta a carico della Amministrazione municipale.

(7595) *Pensione.* — Dott. F. I. da V. Tenuto conto dei dati indicati nel quesito, Ella liquiderà, all'epoca prestabilita, cioè, nel 1° ottobre 1920, la somma annua di pensione di lire 2171 e 32 centesimi.

(7596) *Concorsi - Congedamento di medici.* — Dott. R. R. I concorsi per la nomina di nuovi medici condotti non possono essere banditi prima che cessi lo stato di guerra, cioè, fino alla pubblicazione della pace. Durante l'attuale stato non è permesso procedere a nomine definitive per chiamata, ma semplicemente a nomine provvisorie. I medici della classe, cui Ella appartiene, non furono ancora congedati.

(7598) *Aumento sessennale - Pensioni.* — Dottor F. B. da S. C. J. L'aumento sessennale va calcolato sullo stipendio già accresciuto per effetto del D. L. del 10 febbraio 1918. Ella, quindi, ha diritto a lire 234.40 e non a lire 180. La sua pensione ordinaria è di lire 841 annue. Per effetto dei contributi plurimi pagati dal 1903 al 1906 incluso, la pensione aumenta a lire 895.68. A tale pensione bisognerà poi aggiungere il supplemento di lire 167.27 per effetto dei versamenti volontarii eseguiti dal 1907 ad oggi. In tutto riceverà lire 1062.95.

(7599) *Indennità di missione.* — Dott. E. A. da R. La sua residenza è sempre Venezia, di modo che ogni qualvolta è obbligata a recarsi fuori di tale città per ragione di servizio ha diritto alla indennità di trasferta, che stando alla legge del 1862, da Lei citata, è di lire 10 al giorno per stipendi sino a lire 5000, e di lire 8 per stipendii sino alle lire 3500. La tariffa militare pel trasporto in ferrovia è dell'85 % in meno del prezzo ordinario.

(7600) *Pensioni - Computo di servizio.* — Dottor A. M. da O. I 28 mesi di servizio prestati presso l'ospedale saranno computati agli effetti della pensione in virtù dello articolo 36 del Testo Unico approvato con R. Decreto del 2 gennaio 1913, N. 453.

(7601) *Malattia contratta in servizio od a causa del medesimo.* — Dott. P. Z. da F. Se potrà, a seguito della visita collegiale, dimostrare che la a causa del medesimo e che per effetto di essa infermità fu contratta per ragione di servizio od a causa del medesimo e che per effetto di essa Ella sia divenuta inabile a prestare ulteriore servizio, può chiedere la liquidazione della pensione, dopo, si intende, di aver goduto dell'anno di congedo a totale carico del Comune, come stabilisce il capitolato. La pensione privilegiata per infermità che le compete è di lire 900 a cui aggiunte altre lire 300 in virtù dei contributi plurimi pagati, ha diritto a lire 1200 annue. La

indennità che Le competerebbe ora è di lire 4447.20. La pensione normale che Le competerebbe nel 1920 è di annue lire 988. Da libero esercente non si può seguitare ad essere inscritto alla Cassa.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 8212:

Ella ha diritto, come tutti gli altri ufficiali in servizio, all'indennità caro-viveri. Se il Corpo che l'amministra non glie la paga, Ella può avanzare reclamo, per via gerarchica, al Ministero.

Al dott. A. E., Zona di guerra:

Se Ella è stato richiamato alle armi come militare di truppa, sia pure in seguito a nuova visita dei riformati, è chiaro che non dovrebbe aver diritto alla indennità di cui alla circolare n. 828 E. M. 1915, che spetta agli ufficiali richiamati *come tali* dal congedo.

Il suo caso, però, e quello dei colleghi che si trovano nelle sue condizioni, merita speciale considerazione, ed io riterrei utile che Ella avanzasse una domanda al Ministero esponendo le ragioni che Le fanno ritenere di aver diritto ad un trattamento diverso da quello stabilito pei militari di truppa in genere.

All'abb. n. 3226:

Per poter rientrare in zona territoriale occorre che Ella venga disimpegnato dal Comando Supremo.

Ogni domanda del genere deve quindi essere rivolta al Comando stesso.

All'abb. n. 9664:

A termine delle disposizioni contenute nel Decreto Interministeriale 24 aprile 1918 (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 99 del 26 aprile) hanno solamente diritto alla polizza di assicurazione gli ufficiali di complemento, di milizia territoriale e della riserva, che si trovano da almeno un anno nelle condizioni stabilite nel Decreto stesso, il quale non parla degli ufficiali effettivi.

Un ufficiale effettivo che ha però maturato il periodo utile per avere la polizza, quando era ufficiale di complemento (sebbene il caso non sia stato ancora risolto), potrebbe fare domanda regolare della polizza, col modulo prescritto B, all'Intendenza Generale, inviandola a mezzo del Comando al quale l'ufficiale stesso attualmente appartiene.

Al dott. T. S. da A.:

I congedamenti degli ufficiali medici non poterono, finora, esser fatti per classi di leva. Altri criterii occorreva seguire allo scopo di non scompaginare tutti i servizi sanitarii molto complessi e specializzati. Certo però che, anche se si farà un congedamento per classi, quella del 1892 è troppo giovane per beneficiarsene subito.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

DELLE UNIVERSITÀ.

Il prof. Cesare Sacerdoti, ordinario di patologia generale a Siena, è stato trasferito a Pisa, chiamatovi con proposta unanime da quella Facoltà medica.

Con voto unanime la Facoltà medica di Siena ha chiamato alla cattedra lasciata vacante dal prof. Sacerdoti, il prof. N. Tiberti, insegnante della stessa disciplina a Sassari.

ALL'ACCADEMIA MEDICA DI PARIGI.

L'Accademia ha eletto suo vice-presidente per il biennio 1919-20 il prof. A. Laveran.

MEDAGLIA MAURIZIANA.

Il brigadiere generale medico Bernucci è stato decorato della Medaglia Mauriziana al merito militare di dieci lustri.

MEDAGLIA D'ARGENTO CON PALME AL MERITO.

È stata decretata dal Ministro della Guerra al magg: medico dott. Scarcella A., della C. R. I., per alta fede e costante esempio di sacrificio e di abnegazione.

CROCE DI GUERRA.

Il nostro collaboratore Tramonti prof. Ernesto con D. L. dello scorso agosto è stato decorato della Croce al Merito di Guerra in commutazione di encomio solenne al valore militare.

Al nostro antico amico che si appresta a rivalicare l'Oceano e portare a S. Paulo il contributo della sua vasta operosità scientifica e professionale, i nostri più affettuosi rallegramenti.

Il dott. PANSERA GIUSEPPE, capitano medico, da Bergamo, cui recentemente venne conferita la la Croce di guerra francese con una stelletta, è stato ora insignito della Croce di guerra italiana, con splendida motivazione.

Ordine della Corona d'Italia.

Cavalieri: prof. Clerici Enrico, Milano; dott. Mercadante Francesco, Palermo; prof. Bianculli Enrico, Napoli; dott. Porcati Tommaso, Partinico.

CONDOTTE E CONCORSI.

MONTEBUONO SABINO (Perugia). — Dal Comune cercasi medico interino servizio generalità. Compenso L. 6500 annue. Aria ed acqua eccellenti. Rivolgere istanza al Sindaco.

Medico chirurgo, giovane, lunga pratica ospitaliera, libero dal servizio militare per un anno, assumerebbe buon interinato, preferibilmente località di mare o di villeggiatura. Dirigere offerte dott. Francesco Tari, Viale Glorioso, 33, Roma.

Dalle terre redente.

Ill.mo Signor Professore.

Aggradisca un grazie fervido e sincero per l'affettuoso saluto che la Redazione del *Policlinico* volge ai colleghi delle terre redente, nelle quali sempre vivo si mantenne il sentimento dell'italianità. Non basta però manifestare soltanto a parole questo sentimento d'italianità. Chi sinceramente ama la Patria una, sa essere uomo d'azione anche in tempo di pace. Anzi adesso più che mai incomberà a noi medici, pel tramite di una intensa propaganda igienica, di preparare e conservare utilissime forze all'Italia, specialmente pel suo economico risorgimento.

Pur troppo le nostre amministrazioni non hanno addimostrato finora grande interesse per i problemi d'indole igienico-sociale. Questo interesse non l'avremo, fino che l'igiene non sarà introdotta nelle scuole quale materia d'insegnamento. Sono più di dieci anni ch'io a Gorizia lotto per questa santa propaganda igienica. Il successo però non è molto soddisfacente, perchè l'ignoranza, l'egoismo e certi favoritismi sbarrano le vie al vero progresso.

Una mia cliente mi mise qualche anno fa cor. 240,000 a disposizione per opera umanitaria. Ne feci una fondazione e la destinai ad un'azione di previdenza sociale a vantaggio del bambino. Abbia la cortesia di leggere il mio programma di lavoro esposto a pag. 38 dell'unito opuscolo e nella posta degli abbonati al *Policlinico*, abbia la bontà, con poche righe, di esternarmi in merito sinceramente il di Lei pensiero. Se crede suggerisca delle modificazioni. Come fare per ottenere un valido appoggio da parte del Governo? Il mio è un piccolo ramo, ma, se coltivato con amore, potrebbe fiorire e portar frutti duraturi.

Colla preghiera d'inscrivermi nell'albo degli abbonati mi dico con sentimenti di profonda stima

Dev.mo: Dott. PONTONI.

Gorizia, 24 gennaio 1919.

Nell'opuscolo dell'egregio Dott. Pontoni, che porta per titolo « *Un progetto di grande riforma sul nostro campo sanitario* », Gorizia, 1914, l'A. con copia grandissima di argomenti dimostra la utilità di fondare una Opera dedicata alla cura igienica del bambino, onde contribuire alla formazione di una generazione sana di mente e di corpo. A questa Opera si dovrebbe pervenire mediante la costituzione di associazioni *pro infanzia*, la diffusione e volgarizzazione delle norme d'igiene infantile, la fondazione d'istituti per l'infanzia, la legislazione a pro dell'infanzia.

La proposta è così nobile e di utilità sociale così evidente, che non può non riscuotere il plauso e l'appoggio di ogni uomo di mente e di cuore. E a noi non resta che far voti a che il Governo italiano prenda in benevola considerazione l'iniziativa dell'egregio collega di Gorizia e ne agevoli la sollecita attuazione. *N. d. R.*

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso interalleato di Igiene per la ricostituzione delle regioni devastate.

È convocato a Parigi dal 22 al 27 aprile 1919, sotto la presidenza del dott. Doisy, preordinato dalla Commissione di educazione fisica e di igiene sociale. Svolgerà il seguente programma:

1. Il suolo e l'acqua delle regioni devastate. — 2. L'abitazione igienica nelle regioni devastate. — 33. Igiene rurale nelle r. d. — 4. Igiene urbana nelle r. d. — 5. La madre e il bambino nelle r. d. — 6. Igiene scolastica nelle r. d. — 7. Educazione fisica nelle r. d. — 8. Profilassi sanitaria. — 9. Stabilimenti di assistenza. — 10. Igiene industriale. — 11. Igiene post-scolastica e profilassi morale. — 12. Igiene dei viaggiatori e trasporti in comune. — 133. Questioni economiche interessanti le r. d.

Lingue ufficiali del Congresso saranno l'inglese, l'italiano, il francese.

Quota: 10 franchi.

Durante il Congresso si terrà una Esposizione di igiene sociale.

Un ministero della salute pubblica in Francia.

A nome della Commissione di igiene della Camera, M. Navarre, deputato della Senna, ha concluso per la creazione di un Ministero della salute pubblica, sotto la direzione del quale saranno posti tutti i servizi di sanità civile e militare, di assistenza e di igiene pubblica.

La Commissione sanitaria italiana a Parigi.

La Commissione Sanitaria Italiana a Parigi, che stava per essere sciolta, continuerà a rimanere in carica per espressa preghiera del Presidente Clémenceau all'onorevole Orlando. E ciò in vista dei notevoli servizi arrecati agli Alleati, e di quelli che ancora può rendere nell'attuale momento.

Essa rimarrà in carica fino a tre mesi dalla firma della pace.

Convegno fra i Cultori di Medicina sociale.

Il 6 corr., nei locali della Clinica delle Malattie professionali in Milano, venne tenuto il secondo Convegno fra i cultori di medicina sociale in Italia.

Le terre redente erano rappresentate dal dottore Senigallia di Trieste, cui il prof. Devoto rivolse alte parole di saluto.

Il prof. Devoto informò sui lavori compiuti dalla Sezione per l'Igiene sociale della Commissione per il dopo-guerra, insistendo sul problema edilizio, sulle opere d'interesse igienico e sui sanatori in altissima montagna per i malarici.

Il prof. Rubino, di Genova, lesse una brillantissima relazione sull'organizzazione scientifica del lavoro.

Dopo lunga discussione, il Convegno addivenne all'approvazione di un ordine del giorno relativo all'importante argomento medico-sociale.

Associazione Nazionale italiana per le infermiere.

Un gruppo di Signore, presieduto dalla contessa Ginevra Terni De Gregori, ha costituito in Roma una « Associazione Nazionale Italiana per le Infermiere », la quale avrà lo scopo di favo-

rire l'incremento dell'assistenza degli infermi quale professione per le donne colte ed istruite, e il mutuo soccorso fra le socie in caso di malattia.

Curerà la propaganda orale e scritta per il miglioramento tecnico, morale, sociale e finanziario delle infermiere; promuoverà l'istituzione di scuole; organizzare conferenze e corsi di perfezionamento; funzionerà da ufficio d'informazioni e di collocamento; si occuperà dell'istituzione di Casse di mutuo soccorso; cercherà di far sorgere nelle principali città la «Casa dell'Infermiera», con circolo, sale per conferenze, biblioteca, e casa di riposo per le socie professioniste temporaneamente disoccupate.

Si occuperà inoltre di stabilire relazioni internazionali con le Associazioni estere di infermiere.

Per l'ammissione e per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria, Via Marghera, 12 - Roma.

ROBERTO MASSALONGO

Il 12 gennaio u. s. Roberto Massalongo è morto. La scomparsa di lui segna un vero lutto per la scienza ed ha destato molto rimpianto nel mondo medico italiano di cui egli era una tra le figure più significative, una personalità spiccata ed originale.

Medico colto, clinico acuto e sicuro, egli ha lasciato tracce indelebili del suo ingegno in molti campi della medicina interna, ma i suoi studi prediletti, gli studî nei quali più si rivelano le sue qualità di osservatore e di interpretatore, riguardano la neuropatologia.

Pubblicò pregevoli lavori sulle infezioni pneumococciche, sul tifo, sul reumatismo, sulla tubercolosi: ma lavori più originali e degni da soli di costituire la fama di uno scienziato sono quelli riguardanti le distrofie ipofisarie, le forme neuropatiche familiari, le encefalopatie infantili, la epilessia.

Libero docente di patologia medica e di neuropatologia, non desiderò mai di ascendere a cattedre universitarie, che pure avrebbe potuto degnamente coprire. Svolse tutta la sua attività professionale come Direttore dell'Ospedale Civile Maggiore di Verona.

E il cittadino e l'uomo non furono inferiori allo scienziato. Patriota ardente svolse grande attività di organizzatore di istituti di assistenza e di cura durante la guerra. Fondò e diresse con vero apostolato la Società antitubercolare di Verona. Era socio di molte accademie scientifiche nazionali ed estere e membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Medicina Interna.

a. a.

LUIGI MARIA BOSSI

La bestiale gelosia per una moglie squilibrata, armando il braccio d'un orientale, ha messo violentemente termine all'agitata esistenza del professore L. M. Bossi, la sera del 31 gennaio in Milano.

La commozione che in noi desta la drammatica scomparsa del clinico ostetrico dell'Università di Genova ci impedisce un'analisi del suo valore tecnico. Esuberante di forza e d'ingegno, passò nella scienza come nella vita, suscitando lotte e passioni. Fu tempra di lottatore.

In politica militò nei partiti estremi con ardore, assumendo a viso aperto atteggiamenti spiccati.

La sua capacità tecnica rifulse nelle innovazioni importate nell'istrumentario (sopratutto col suo *dilatatore*) e nei brillanti successi di clinico e di professionista.

Ma anche in ostetricia e in ginecologia come in politica fu specialmente un agitatore di idee. Si affermò dotto clinico per la decisa posizione che egli assunse come interventista per la interruzione della gravidanza consigliata da ragioni morbose, sopratutto dalla tubercolosi, così come fu ardente apostolo nella lotta contro il malthusianismo.

Audacemente ei sostenne gli stretti rapporti tra psicopatie ed affezioni ginecologiche, anzi la frequente dipendenza delle prime dalle seconde. Le lotte che per questo concetto rinnovato dal suo tecnicismo, esagerato dal suo appassionamento sostenne contro i colleghi ginecologi e contro gli psichiatri furono violentissime. Le ripercussioni della dottrina nel campo pratico rinfocolavano gli ardori, prestavano il fianco alle polemiche più astiose.

La personalità di Bossi s'incarnava in questo bisogno di combattere, per istinto irriflessivo ed esagerato, ma simpaticamente violento, che nelle pratiche dell'umano ordinario consorzio lo impigliò prima nelle maglie dei regolamenti e gli tolse poi drammaticamente la vita.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI *Roma, 16 febbraio 1919* **Fasc. 7**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI.

L'importanza della catamnesi per la diagnosi delle malattie nervose.

Lezione clinica del prof. G. MINGAZZINI
Ord. di Neuropatologia nella R. Univ. di Roma.

> Non sien le genti ancor troppo secure
> A giudicar, siccome quei che stima
> Le biade in campo, pria che sien mature.
>
> DANTE.

Far le domande è arte da maestro. Questo aforisma che udii più volte ripetermi, durante i felici anni dello studentato, da Costanzo Mazzoni, maestro indimenticabile di chirurgia, mi sembrò allora sentenza volgare. La ormai lunga esperienza ne l'arte medica, mi ha invece convinto sempre più de la profonda verità contenuta in quella sentenza. Non è esagerazione affermare che ogni conato di diagnosi è vano, ove al medico sfugga, per le ragioni che più sotto analizzeremo, la conoscenza delle cause del morbo, della successione cronologica dei disturbi talvolta multiformi che affliggono il paziente, dei loro esatti attributi e delle modificazioni che hanno subìte, durante il periodo più o meno lungo del male. Senza la conoscenza della catamnesi non è possibile perciò alcuna diagnosi. Suppongasi, infatti, di avere sotto occhi un paziente, il quale, guarito di recente di un attacco di polineurite accompagnata da scarsi dolori, presenti all'esame obiettivo soltanto la scomparsa dei riflessi rotulei ed achillei. Ove non si riesca a sapere quando i dolori siano insorti, a quali zone si sieno estesi, se abbiano, e come, subìto esacerbazioni o migliora-

menti, riuscirà quanto mai difficile giudicare se si abbia dinanzi a noi un tabico (incipiente) o un convalescente di neurite multipla. Così, ove si ignori da quando gli atti strani o bizzarri del paziente si siano iniziati, quali fossero di norma le abitudini e il contegno di lui, prima che il male si iniziasse, la diagnosi della speciale forma di una psicosi diventa, anche per un provetto alienista, un vero e proprio *Räthsel*. Se un malato vi si presenti, accusando vomito e dolor di testa, e non si riesca a sapere da quando essi sieno iniziati, le ore in cui si rendono più intensi, l'influenza su loro esercitata dai rimedi presi, sarà facile scambiare la sindrome di un neoplasma cerebrale incipiente con una volgare emicrania: è storia quotidiana. Ecco perchè è mio còmpito, come insegnante di Clinica, richiamare la vostra attenzione sulla tecnica nel raccogliere la catamnesi e su le difficoltà che vi s'incontrano. Un primo inciampo deriva dal fatto che il parlare trova negli uomini due tendenze antagonistiche: vi sono i verbosi e i taciturni. I primi a poche e categoriche domande rispondono con interminabili perifrasi, con narrazioni di particolari minuziosi, del tutto inutili, che finiscono per affaticare e confondere l'uditore. La verborrea non di rado s'intensifica, quando i pazienti vogliono ad ogni costo narrarvi de le sofferenze dei loro genitori, degli avoli e dei bisavoli, convinti, giusta l'universale pregiudizio dell'oggi, che siffatte notizie valgano (e non lo sono) a rischiarare la genesi dei loro patimenti. Pretendono essi che un trauma insignificante, subìto magari qualche lustro prima, rappresenti un elemento etiologico di uno stato neurastenico o magari di una cefalea luetica recente. Taccio dei casi non infrequenti, nei quali il malato invece di parlare delle sue sofferenze, comincia col vomitare (*eructavit cor meum in verbo malo!*) vituperî contro i medici che lo hanno curato, secondo lui, a rovescio; e dei quali pretendono mettere in luce gli errori, mettendo a confronto l'un l'altra le varie diagnosi da loro formulate. Ad intralciare sempre più l'opera di questi ciarlieri si aggiunge quella dei parenti, i quali, accompagnandoli nelle visite, vi rispondono prima o insieme a lui, a mò di duetto, con l'intento di rischiarare niente meno che i sintomi subiettivi, o di integrare quel che al loro caro non riesce. Voi li vedete mettersi perfino in contradizione con il malato, creando equivoci sopra equivoci, sì che la parabola evangelica del cieco guidante il cielo si palesa qui nella più splendida luce meridiana. Ogni medico che frughi nelle sue memorie, sa come si giunga fino al comico, quando si è consultati a volte da due parenti (generalmente neurastenici), i quali, vogliono essere poco meno che esaminati collettivamente, illustrando reciprocamente più le sofferenze del compagno, che quelle proprie. Mi dispiace di aggiungere che spesso i medici stessi raccontano le sofferenze del loro paziente a modo loro, tacendo l'essenziale, insistendo sugli accessori, quasi offesi delle troppe insistenze da parte del consulente e spasimanti soltanto per la conferma del loro diagnostico.

Se i ciarlieri intralciano, non meno lo sono i taciturni o i reticenti, che si reclutano per lo più fra i poveri di spirito. Non parlano — diceva il grande Griesinger — perchè mancano di idee. Generalmente, senza avere atteso tutto il contenuto della dimanda, rispondono prima di sì, e poco dopo, alle domande incalzanti, di no; un dolore di testa più forte di giorno diventa qualche minuto dopo, esclusivamente notturno; l'inizio del male che poco prima datava da un anno, si trasporta indifferentemente anche ad un decennio. Sono questi che, chiamati come testimoni nei processi penali, vengono sospettati come reticenti e perfino incriminati dai nostri magistrati ricchi di odio per quanto poveri d'intelletto. Ecco perchè lo storiografo è obbligato a cancellare e ricancellare gli appunti della catamnesi e perfino rifarla a fondo, se aspira ad avvicinarsi un po' alla verità.

Altra fonte di difficoltà nel raccogliere le notizie, deriva da la mancanza completa o quasi di attenzione da parte dell'infermo. L'aprosessi, o almeno l'ipoprosessi gl'impedisce di concentrarsi sopra dimande, sia pure elementari. Voi volete sapere da quanto tempo sono sofferenti ed essi vi parlano dell'insonnia e dei dolori patiti nella giornata; dimandate in che punto del corpo sieno ora localizzate le loro molestie, e vi cominciano col determinare l'anno e il giorno, dal quale data la loro malattia. Ricordano in parte quello che gli psichiatri tedeschi felicemente indicano col nome di Vorbeireden (*parler de côté*), obbligando il medico a ripetere le stesse domande tre o quattro volte, per raggiungere, se pure, il suo scopo.

Un luminoso esempio di incapacità un po' dell'attenzione e un po' del comprendere ce lo offrono ogni giorno quei pazienti, nei quali sospettiamo che veggano doppio. Alla dimanda: vedete mai doppio? e con l'aggiunta sia pure di un esempio (un lampione invece di due, una penna invece di due), presso che tutti e di qualsivoglia ceto, rispondono sempre di sì; eppure sbagliano, perchè non hanno compreso il que-

sito e scambiano l'ambliopia (generalmente di indole funzionale) per diplopia; sì che bisogna rinunziare alla inchiesta, perchè essi non riescono a comprendere la differenza fra vedere annebbiato (confuso) e doppio. La scarsa intelligenza dei malati è tale, che talvolta si finisce col rinunciare a qualsiasi catamnesi ed affidarsi solo all'esame obiettivo, o a fare dimande in istile quasi agrammaticale, come ne possono far fede quelli fra voi che frequentano il nostro ambulatorio.

Eppure, quando ricordo con quale esattezza, i pazienti di Monaco e di Parigi rispondevano e prontamente alle mie domande, viene fatto di meditare sulla psicologia del nostro popolo, che fu purtroppo giudicato così severamente dall'immortale Leopardi. Leggete uno dei pensieri di quel filosofo, il quale, dopo avere dimostrato (l'ombra di un asciugamano mosso dal vento fu presa per uno spirito) la stupidità della folla della più culta città di Italia (Firenze) esclama melanconicamente: « E pensare che ciò accade in una delle tre nazioni che *marchent à la tête de la civilisation!* Nè a voi sarà sfuggito quanto incompleto e parcellare sia il racconto che fanno i malati dei loro disturbi. Fanno eccezione gl'ipocondriaci, i quali, anche se non abbiano mai avvertito patimenti, ad es. nella regione del cuore o dello stomaco, e dimandati se ne abbiano, vi rispondono sempre di sì; tanto è assillata da le nosofobie la loro coscienza somatopsichica. Ma in genere è l'opposto che accade. Il malato comincia il racconto non dalle prime sofferenze, ma da quella che più lo molesta. Se questa gl'impedisce l'esercizio e l'euritmia del suo mestiere o gli toglie il godimento dei suoi piaceri, egli si sforza di darle tutto il rilievo, mettendo in non cale quelle che furono prime (generalmente le più importanti) e rimasero sole per lungo tempo. Mi è occorso di visitare tabici, nel periodo dolorifico, tormentati e da tempo non solo da crisi enteriche ma anche da fieri dolori lancinanti, da ambliopia, da difficoltà di emettere l'orina e da incertezza nel cammino; ebbene, essi insistevano solo perchè li guarissi dei dolori intestinali, dei quali soltanto mi avevano fatto cenno o di una paralisi del facciale insorta bruscamente. Constatati, mediante l'esame obiettivo, i segni classici della tabe, e domandato se per caso avesse sofferto gli altri sintomi, il paziente mi ha risposto di sì, giustificando la omissione, perchè secondo lui, trattavasi di bagattelle di poco momento. Ho veduto amaurotici, nei quali, la cecità si era svolta a poco a poco in un occhio e più tardi nell'altro, e che pure poco curanti di aver perduto la vista nel primo occhio, mi narravano solo dell'ambliopia del secondo. Ciò ammonisce della necessità di praticare sempre e in qualsiasi circostanza, l'esame obiettivo, per evitare che dolori lancinanti di una tabe sieno scambiati per reumatismi, e che ci sfugga una amaurosi unilaterale.

Talvolta alle difficoltà poco anzi accennate, si aggiunge la poca esattezza del linguaggio. Già Amleto, nel classico dialogo col becchino, da lui opportunamente interrogato, esclamava: bisogna con costui usare un linguaggio appropriato! E pur troppo una tale impropriètà può rendere quasi impossibile farsi un concetto del vero patimento.

Comprendere perciò, se il malato soffra di parestesie, come formicolii o intorpidimenti, o di veri e propri dolori (specialmente in testa); se abbia perduto la coscienza, o soltanto se sia rimasto abbattuto, è difficile compito. Più di una volta mi è toccato udire anche da colleghi che il paziente andava soggetto ad allucinazioni o a dispnea o a convulsioni eiplettiche, mentre non si trattava rispettivamente che di idee ossessive o di uno stato angoscioso o di crisi di tremore. Arrogi che certuni, sia pure nulla dimenticando delle loro sofferenze, sono incapaci di localizzarle nel tempo, in modo sia pure grossolano. Ciò dipende dal fatto che il malato o appartiene alla numerosa coorte degl'insufficienti o ha fatta male l'osservazione dei primi sintomi, ovvero perchè ha accomodato la storia a seconda i suoi pregiudizi, spesso posponendo e preponendo gli avvenimenti. Altre volte, poi, l'incertezza del racconto va ricercata nella decadenza mentale e — conseguenza necessaria — nell'incapacità di rievocare i ricordi degli avvenimenti sopratutto recenti; come accade in certi arteriosclerotici, i quali, non accorgendosi di alcuni episodi morbosi passeggeri, ne tacciono. Vi porterò un esempio: un'*arteriitis obliterans* delle lenticulastriate (e la consecutiva malacia del *lenticularis*) può provocare un lievissimo *ictus*, seguìto da obnubilamento fugace della coscienza o da una paresi lievissima degli arti da un lato. I poteri critici, già da tempo indeboliti, non inducono nel malato alcuna preoccupazione per siffatti fenomeni: onde, tacendo dell'*ictus* e dei sintomi paretici, è gran che se vi accusano di soffrire di un po' di confusione o di qualche vertigine. Figurarsi quando si tratta di un ricco corteo di sintomi, che si sono seguìti rapidamente l'un l'altro, come suole avvenire nello svolgimento dei tumori endocranici. Sarebbe follia p. es. pretendere di conoscere se le paracusie, i dolori nel campo del trigemino e la paresi del settimo abbiano aperto il quadro semejologico e preceduto i disturbi atassici del-

l'andatura o viceversa — elemento più che necessario per differenziare, talvolta, un tumore extra — da uno intracerebellare. Che tuttavia in condizioni speciali la narrazione esatta del succedersi dei sintomi debba riuscire realmente difficile anche a coloro che hanno un profondo senso di auto-osservazione, non è chi nol veda: è la volta degli astenici costituzionali od originari, i quali, abituati sin dall'adolescenza a soffrire più o meno, con remissioni ed esacerbazioni, frugano invano nei loro ricordi più lontani le vicende della loro nevrosi. La risposta quasi stereotipa « sono stato sempre così » rispecchia la realtà dei fatti.

Mentre finora avete udito de le difficoltà e de le sorprese che le indagini sulla catamnesi vi preparano, ragion vuole che sappiate anche del modo, diciamo così, pratico nell'interrogatorio.

Un primo precetto è di invitare il paziente a raccontarvi di che soffre. Fatta eccezione dei taciturni (ahimè! quanto pochi) il malato ha bisogno di dire quanto ha già schematicamente preparato nel suo cervello; come dicono i tedeschi, vuole ausstosen (buttar fuori): se tende però a recitare la sua lezioncina, cominciando dal suo antico albero genealogico, è opportuno che, dopo averlo un po' ascoltato benevolmente, voi gli diciate presso a poco così: va bene; ora mi permetta che l'interroghi, poi udirò il resto del suo racconto. Il malato, sebbene non sempre ubbidisca a questo categorico imperativo, tuttavia vi ci si rassegna. E allora che incomincia l'interrogatorio da parte del medico. Io vi consiglio di rivolgergli poche dimande secche. Quanti anni avete, quanti figli? vostra moglie ha avuto aborti? che professione o mestiere fate? quanti sigari fumate, quanti bicchieri di vino al giorno, quante ore lavorate, avete fatto mai praticare l'esame del sangue, e l'analisi delle orine: mostratemi il referto scritto; e così via.

Poi se il paziente ha accennato, supponiamo, a dolori di testa, a sofferenze di stomaco, ad una tosse ostinata, rivolgetegli dimande più minute che si riferiscano alle funzioni dell'organo che si suppone leso, ed in istile quasi telegrafico: altrimenti il paziente è facilissimo ad essere autosuggestionato. Io soglio dimandare: come va la testa? il sonno? l'appetito? il cuore? le gambe? tossite? avete debolezza nel camminare? Una volta saputo quale sia la molestia di cui il paziente principalmente si preoccupa, bisogna rifare il cammino inverso, insistendo sopra questo o su altri punti che il paziente non è riuscito ad illustrare. *Intrandum est,* come avvertivano gli antichi, in *rerum naturam*. Supponete p. es. che il malato si lamenti di dolor di capo e di vertigini; voi indagherete se il dolor di capo sia notturno o pomeridiano, se di notte o di mattina raggiunga il suo acme, se colpisca un punto o l'altro del cranio, se si accompagni a vomito, se si modifichi con i consueti antineuralgici; se si associ ad aumenti della secrezione renale; se sia un vero dolore o un senso di pressione; se si intensifichi tossendo o nell'atto di defecare. Ove il paziente vi abbia accennato ad « affanno » dimanderete se sopravvenga questo nella calma più completa, ovvero in seguito a sforzi corporei; se sia provocato da patemi di animo; e se facendo le scale, peggiori o rimanga inalterato. Si lamenta di essere colpito da accessi di scariche convulsive: dovrete indagare se esse insorgano da un lato o se sieno universali; se durante un attacco egli si morda le labbra o la lingua; se perda le orine, o se invece avverta il bisogno di mingere, terminata la crisi; se emetta dalla bocca bava sanguinolenta, se terminata la scarica, rimanga depresso e riacquisti lucida la coscienza, ovvero se cada in uno stato crepuscolare o di confusione. Dalle risposte che vi dànno i pazienti o i parenti i quali assistono alle crisi, dipendono, come vedete, la diagnosi, la prognosi e la cura (isteria od epilessia; guaribilità o no, cura suggestiva o preparati bromici).

Non basta aver presa cognizione degli antecedenti e delle particolarità del disturbo. L'ideale degli antichi psicologi — *rerum cognoscere causas* — perseguita l'uomo in tutte le sue indagini e a fortiori nella medicina, ramo della biologia. A voi il buon senso di investigare non davvero tutte le cause, ma almeno quelle fondamentali, fra le quali non dimenticate mai gli abusi dell'alcool e della nicotina e la esistenza della lues. Quante volte, dopo essermi persuaso che la diagnosi di neurastenia, formulata sul paziente, era esattissima e la terapia appropriata, mi è accaduto di costatare che ciò non ostante questi non ne avea risentito alcun giovamento. La ragione dell'insucesso scaturiva dal fatto che il malato continuava a bere vino in quantità non lieve, e a fumare da mane a sera: elemento etiologico trascurato dal medico curante. Perciò è buon precetto dimandare al paziente: beve vino? Egli, salvo si abbia a fare con astemî, vi risponderà: « poco »: ovvero « il giusto, il normale, bevo regolarmente soltanto nei pasti »; rarissimo chi candidamente vi confessi che beve molto. Ecco perchè è necessario porre, come si suol dire, il malato fra l'uscio e il muro interrogandolo con le seguenti domande: quanti bicchieri di vino beve Ella a pranzo e quanti a cena? quanti bicchierini di liquore durante la giornata? Spesso vi accadrà di udire questa ri-

sposta: non saprei dire, oppure: bevo annacquato. Ma insistendo, i pazienti finiscono per ammettere che i bicchieri giornalieri di vino giungono a sette, dieci e anche più, con la immancabile protesta di non rasentare mai (ed è vero) nè anche i limiti de la ubriachezza.

Più spiccia è la indagine per quanto concerne l'abuso della nicotina. Pochi avvisano quante sindromi nervose, gittate dai medici nell'enorme caldaja della compiacente diagnosi di neurastenia, sono invece effetto esclusivo di abuso di questo veleno. È merito incontestabile del compianto mio amico Frankl-Hochwart avere istituito una serie di ricerche metodiche per dimostrare quante apparenti sincopi, attacchi di tachicardia, o di cardiopalmo, dispepsie le più gravi (secretorie e motorie), parastesie cefaliche e tremori universali ripetano la loro origine dall'assorbimento lento dei prodotti delle foglie di tabacco. Eppure udrete raramente dai vostri pazienti, che l'altro medico, il quale li ha avuti prima in cura, abbia richiamato la loro attenzione su questo punto della catamnesi; e sì che non di rado si giunge a fumare, *pro die*, trenta, quaranta e perfino sessanta sigarette, e di tabacco formato dal pelo, dagli stracci e dal concime della nostra Regìa.

L'importanza delle inchieste circa gli abusi del vino e del fumo, impallidisce dinanzi a quella che si riferisce all'infezione luetica. Ingenuità sarebbe da parte del medico acquetarsi quante volte il malato vi assicuri nettamente di non averla mai contratta. Già Fournier, più competente che altri mai, di pratica sifilologica, avea avvertito che il 30 % circa dei luetici ignorano la loro infezione. Perciò se avete sospetti anche vaghi, insistete senza tregua sulle indagini. Certo fa d'uopo che il medico usi dei riguardi speciali, sopratutto quando si tratti di signore o di signorine. Alle prime è opportuno dimandare se il marito abbia contratto lues: con le seconde è meglio tacere e soltanto dai sintomi (caduta dei capelli, plejade cervicale, ecc.), trarre il sospetto dell'esistenza o no dell'infezione. Quel che peggio si è che constatata la presenza della lues, uomini e donne fanno oggi a gara per incolparne oscenamente i genitori, meravigliandosi, virtuosi e casti come sono nell'epoca nostra, di un sospetto così diabolico. C'è un po' di acredine, lo confesso, in queste mie filosofiche considerazioni, ma la vita ci fa diventare tali:

Sunt quibus in satyra videor nimis acer...
sentenziava anche Orazio!

Qui capita a proposito accennare all'importanza della W. R, (Wasserman' sche Reaktion) quale conferma del supposto elemento etiologico. Si è infiltrato nei medici, e manco a dirlo, nel pubblico, che il risultato positivo di questa prova debba significare non solo la esistenza della infezione luetica ma eziandio che un processo morboso, il quale abbia colpito il paziente, debba da quella ripetere la causa: e viceversa, che quando la Reazione è negativa si possa assicurarlo che la infezione o non esiste, ovvero che è scomparsa. Io richiamai gia, anni or sono, l'attenzione dei medici sul difettivo sillogismo contenuto in queste due credenze: ed ora vedo con piacere che sifilografi e clinici medici reputati ripetono specialmente all'estero la stessa cosa. A parte la delicateza del processo tecnico, patrimonio di pochissimi — ai quali si addice davvero il titolo di esperti — voi comprenderete che se il paziente afferma aver contratto lues, e se sopratutto nei ricordi catamnestici (compresa l'efficacia dei preparati antiluetici) se ne abbiano le prove, il medico deve ammetterla, anche quando la W. R. sia negativa; questo risultato potendo dipendere da molteplici cause, che gli emosierologi hanno diffusamente illustrate. Viceversa, se la W. R. risulti positiva, il medico si deve guardare dall'attribuire alla lues la causa della malattia che ha sotto gli occhi, poichè può darsi che l'una e l'altra sieno fra loro indipendenti. È affidato all'acume critico, con cui i singoli sintomi debbono essere vagliati, stabilire la relazione dei due mali. La trascuranza di questo principio, tratto dalla più elementare dialettica, ha condotto e conduce a disastrose conseguenze. Ogni medico, come me, sa quante arteriti luetiche dell'Art. Sylvii siano giunte fino alla trombosi e alla inevitabile mortificazione del tessuto cerebrale, perchè il medico — fondandosi sull'esito negativo della W. R. — non ha tenuto più conto dei sintomi grossolani dell'ominosa ischemia dei vasi arteriosi corticali. D'altra parte, quante volte neurastenie in luetici, ma non dipendenti da lues, si veggono, malgrado sia positiva la W. R, peggiorare sotto l'azione dell'idrargirio e del neosalvarsan! Gli è che la pigrizia trova più agevole ricavare la diagnosi esclusivamente dal responso del sierologo, del radiologo e dell'urologo, che non dalle proprie indagini. Nessuno mette in dubbio l'importanza di sì fatte preziose ricerche, ma esse non valgono ad aggiungere che una debole luce al quadro semejologico e a la potenza del ragionamento, cui soltanto è affidata la diagnosi.

L'indagine delle cause di un male diventa talvolta di una difficoltà insormontabile, quando due elementi possono provocare una sindrome morbosa presso a poco identica. Un esempio, si può dire quotidiano, ci è fornito dai pazienti inquinati da lues e da *alcoholismus chronicus*. Malati di tal fatta, vi presentano, oltre ai disturbi

delle varie orbite della sfera psichica, anisocoria, disartrie, alterazioni grossolane dei riflessi tendinei, abolizione dei riflessi iridei; e allora come giudicare se solo la lues o la paralues, o l'abuso dell'alcool, siano la causa del male? In altri termini, come discriminare un alcoolismo paralitiforme da un'*incipiens dementia paralytica*, o da una *lues cerebri?* I trattati dànno sì a questo proposito qualche criterio, che però in pratica non riesce sempre. La Reazione di W. solo nel sangue vi ribadirà il concetto che il paziente è un luetico, e non un paralitico; ma la presenza della reazione stessa nel Liquor non vi obligherà, *ea ipsa*, ad ammettere la paralisi progressiva. La efficacia o no della cura antiluetica e della sottrazione degli alcoolici (*a juvantibus*), concorreranno soltanto a rischiarare il problema. In genere, l'associazione di più cause tossiche o tossinfettive, obbliga ad attendere anche settimane, prima di emettere una diagnosi e quindi una prognosi sicura.

Sarebbe temerario reputare che con l'inchiesta sui punti testè illustrati (lues, alkohol, nicotina) sia esaurito l'interrogatorio che si riferisce all'etiologia del morbo. Talvolta le cause saranno un trauma, un altro avvelenamento cronico (come in certe categorie di operai), il soverchio lavoro mentale, tanto nocivo agli impiegati, lo abuso dei piaceri sessuali, i patemi e gli spaventi quotidiani (pensate alla guerra attuale!) le malattie infettive di recente sofferte e nelle donne i parti frequenti e l'allattamento protratto oltre misura, od associato a scarsa alimentazione. Qui, è doveroso insistere sopra un elemento che, se accettato senza passare a traverso il crogiuolo della critica, può esporre il medico a qualche imbarazzo: intendo parlare dei traumi. La legge degl'infortuni sul lavoro ed ora i ricorsi per la pensione di guerra hanno provocato una sindrome nervosa — sinistrosi — che, dopo la magistrale discussione svoltasi nel Congresso di Roma nel 1909 e in quello dei neuropatologi tedeschi a München nell'autunno del 1916, non trova più quasi alcun oppositore. Il medico che si trovi faccia a faccia con l'infortunato, il quale gli racconti la *gravis indigestaque moles* dei suoi pretesi malanni attribuendoli ad un trauma che non ha nè anche esistito, dovrà fare le sue riserve, per evitare, come a me una volta è occorso, la taccia di imperdonabile ingenuità.

Talvolta la persistenza dei sintomi è dovuta esclusivamente alla tenacia, con cui i malati — malgrado i contrari avvertimenti — persistono, nell'abuso del vino e del fumo o non si concedono il riposo ripetutamente raccomandato: d'onde il precetto di dimandare anche nelle nuove visite se una vera astinenza dai veleni è stata fatta, e se la cura sia stata praticata a casaccio, ovvero con metodo e con regola. Quante volte mi è occorso sentirmi ripetere da luetici: la sua cura non mi ha prodotto alcun tangibile risultato. Ebbene, di trenta iniezioni di sublimato o di altrettante frizioni di unguento mercuriale non ne aveano praticate che un terzo, ed in modo saltuario.

Gli ammaestramenti circa le precauzioni e i criteri da tenersi d'occhio durante la catamnesi non sono terminati. Qui sia ricordato come allorquando si tratti non della prima visita ma di quelle successive i malati dimandati come si sentono, abbiano spesso l'abitudine di ripetere che i sintomi sono su per giù gli stessi; ovvero che la malattia, già felicemente guarita, ha ritrovato di nuovo il suo cammino. Il medico che accogliesse per buone dichiarazioni così semplici-ste, potrebbe errare di grosso. Anche qui *exempla trahunt*. I neurastenici anche se migliorati, e notevolmente, dei loro numerosi disturbi, dichiarano di frequente che le loro condizioni attuali di salute si trovano come prima della cura. Ma se voi interrogherete il malato con metodo, punto per punto, egli finirà per riconoscere che le parestesie cefaliche sono sopportabili, che l'agripnia è presso che scomparsa, che le polluzioni si ripetono con minore frequenza: in una parola, che esiste uno spiccato miglioramento. Quando trattasi di neuralgie e specialmente di polineuriti, che acerbe e diffuse e permanenti dapprima, cominciano, se ben curate, a presentare lunghe tregue e a limitarsi a qualche segmento degli arti, mi è occorso spesso udire dai pazienti che le sofferenze erano sempre le stesse e per intensità e per durata; e mi è costato non poca fatica a persuaderli del contrario.

Ma non basta. Ricordatevi della fallacia in cui può trarsi un sintoma che, esponente di un processo morboso nuovo, ha apparentemente gli stessi caratteri, dei quali godeva, quando era espressione di altra malattia. Un esempio classico ci è offerto dai pazienti che sofferenti da giovinetti di tipici accessi di emicrania, e contratta più tardi la lues, vengono colpiti da un incipiente pachimeningite cerebrale. Il nuovo dolore di capo viene spesso interpretato dai malati come esacerbazione di quello di cui hanno sempre patito. Ove il medico non riesca ad appurare se il dolore conservi gli stessi caratteri accessuali di una volta, e se tenda a divenire più intenso di sera; ovvero, se si accompagni a vomito o ad altra manifestazione sospetta, può darsi ritenga trattarsi di un'esacerbazione dell'antico male e non si accorga del nuovo.

Nel raccogliere la catamnesi, importantissimo è conoscere i modi di communicare col volgo. Naturalmente il linguaggio che si deve adoperare con le persone colte non può essere sempre del tutto identico a quello che si usa per i contadini e per gli operai. Ma conviene anche conoscere il significato delle espressioni del linguaggio popolare. A Roma, ad es., con la parola «infantiglioli» il popolino intende tutte le varie sindromi che vanno dalla paralisi infantile cerebrale a quella spinale; con il termine «sturbi» caratterizza gli accessi convulsivi di natura epilettica, ma talvolta anche i deliqui dei neurastenici; con la frase «la malata diventa tutta pezzata» viene caratterizzata l'*urticaria factitia;* le «mosse» vogliono dire ora i tic ora le scosse coreiformi o atetoidi. Guardatevi intanto dall' attribuire, come è abitudine, agli esiti di una meningite che non ha mai esistito, lo svolgimento del primo attacco dell'epilessia classica volgare. Trattasi, in questi casi, di un primo accesso epilettico seguito forse da qualche equivalente o da uno stato stuporoso interpretato erroneamente come una flogosi acuta della mening. Guai poi se i malati, tronfi di quella mezza scienza che, secondo la felice espressione dei t ologi, allontana da Dio, vi si presentano con la diagnosi bell'è fatta. Da questo punto di vista, l'ideale è di avere a fare con contadini intelligenti. Con lingua povera, eppur chiara, essi descrivono chiaramente quel che sentono, servendosi della mimica, là dove con il ristretto ma esatto patrimonio verbale non riescono a parafrasare i loro concetti. Che se per disgrazia vi capiti qualcuna di quelle *bas-bleu* o di quei sapientoni (i piccioletti sofi) che credono di illuminarvi, dicendo una quantità di sciocchezze e sopratutto usando frasi o parole pseudoscientifiche, pregateli, come è mio costume, di usare un linguaggio volgare. Io non esito, in sì fatte contingenze, ad esortarli a parlare come la mamma ha loro insegnato. Vi dicono di patire di emicranie mentre si tratta di parestesie cefaliche; di soffrire di paranoja là dove è in atto una pura neurastenia; di un vizio di cuore, che è quasi sempre una *neurasthenia cordis,* e così via.

Speciali istruzioni vanno date per i neurastenici sessuali. Hanno essi uno speciale contegno, che talvolta permette di diagnosticarli, prima che aprano bocca. Pallidi (in genere masturbatori), con gli occhi bassi, con lo sguardo smorto, timorosi, entrano nello Studio con circospezione e sono sobrî nelle risposte; spesso non sanno come cominciare i racconti dei loro disturbi, che poi si risolvono nell'*erectio incompleta penis* o ne la *ejaculatio praecox.* Preferiscono perifrasi, per quanto vaghe altrettanto significative: «è la natura che non va bene»; «ho poco forza nella natura»; «ho un po' di debolezza a basso». Rari quelli che vi confessano che l'asta nell'accoppiamento non diventa rigida e che la catastrofe spinale si svolge troppo rapidamente. Orbene, il medico, se non vuole sciupare il suo tempo, deve senz'altro dimandare in modo netto, e con parole sia pure volgari, in che consista il disturbo e sopratutto se dati da poco tempo o se sia congenito.

Un elemento integrante della catamnesi consiste nel conoscere il risultato dell'analisi completa dell'orina e se sia stata praticata o no di recente. Non i pratici possono di ciò meravigliarsi, ma i tironi, ai quali è ignoto che molti nefritici, diabetici o glicosurici ricorrono al medico per le cui sofferenze nervose (specialmente i dolori), lungi dal sospettare che la radice dei loro mali è situata in organi assai diversi da quelli, da loro sospettati. Anche qui è necessario dimandare ai malati il referto scritto dell'analisi dell'orina; e insisto sulla parola *scritto,* dappoichè i pazienti in genere si affrettano a dirvi che l'analisi è riuscita normale, ovvero che l'orina era carica di urati; dei quali, come dei fosfati, oggi è costume di preoccuparsi (Fiuggi insegni!) non della presenza del glucosio, dell'albumina e dei cilindri granulosi.

A me sembra che anche nelle Cliniche il modo di raccogliere e di snocciolare la catamnesi in iscuola non rappresenti l'ideale per l'insegnamento. Basta leggere la prima parte delle così dette storie, per persuadersi che una quantità di notizie minuziosamente raccolte (e non sempre bene) è perfettamente inutile: le malattie intercorrenti sofferte nella prima età (i sacrosanti esantemi propri dell'infanzia e i *menses* non mancano mai), l'odissea nauseante, (*sit venia verbo*), dell'eredità morbosa che giunge poco meno che a Noè, una quantità di quisquilie riferentisi ad un trauma di nessun conto rubano un terzo al meno de l'ora de la lezione; mentre, solo qua e là lampeggia un sintoma del male o qualche punto importante etiologico. Questa specie di omelia recitata — per lo più dagli assistenti — con fulminea rapidità alla presenza della disattenta scolaresca, non reca alcun efficace contributo allo scopo che ci si prefigge; cioè di stampare bene nella mente dell'uditore i punti fondamentali della vita anteacta del paziente, riducendo tutto, per dirlo con frase aritmetica, al minimo comune multiplo. Ma un difetto capitale, non inferiore al precedente, dipende dall'arbitraria distinzione della catamnesi in prossima e remota; frutto spesso dei pregiudizi del paziente, se non del medico. Essa tende a far credere che alcuni sintomi non abbiano relazione

con il processo morboso in atto, mentre invece è proprio l'opposto. Talvolta anzi è impossibile stabilire le colonne di Ercole fra una malattia antica e quella, diciamo così, in atto. Chi soffre, *a teneris unguiculis*, di neurosi ad idee fisse, con tendenza all'autoaccusa e agli scrupoli morbosi può, in determinati periodi della vita, presentare il quadro di una vera e propria melanconia, senza essere in grado di stabilire quando questa si sia iniziata. È sufficiente, infatti, un temporaneo abbassarsi dei poteri critici, per passare insensibilmente dalla neurosi alla malattia mentale. Luminoso esempio dell'aforisma: « *natura nil facit per saltus* », per quanto vero, altrettanto ignoto ai miopi dell'intelletto. Lo storiografo ha invece il dovere di insistere in particolar modo sulla successione di tutti i disturbi che hanno preceduto il male, dei loro attributi, del modo con cui si sono svolti, del loro esito, degli usi (e degli abusi) dei rimedi presi dal paziente e degli effetti che hanno prodotto.

Così soltanto vi salverete dall'aculeo della frecciata, con cui una donna di spirito, or volge più di un secolo, pungeva gli scienziati dell'epoca: *il était un savant et pourtant pas bête!*

NOTE PREVENTIVE.

OSPEDALE MILITARE DI RISERVA - REGGIO CALABRIA.

Ricerche batteriologiche nell'espettorato e nel sangue di individui affetti da influenza

per il dott. PIETRO TIMPANO.

Sembra che dal punto di vista clinico, la malattia che ha avuto una così rapida diffusione in Europa ed in molti paesi d'oltre Oceano non abbia creato notevoli divergenze: in massima si ritiene trattarsi dell'antica influenza. È fuor di dubbio, però, che non poche malattie sviluppatesi in persone colpite da influenza e spesso anche in persone rimaste indenni sono state confuse con questa, e che certe gravi complicazioni hanno sollevato seri dubbi diagnostici. Il problema che presenta molte ed aspre difficoltà è, invece, il problema etiologico. Forse le cause principali che hanno ritardato il progresso degli studi etiologici sono date dalla scoperta del bacillo di Pfeiffer, che è stato considerato da molti come l'agente specifico dell'influenza, e le diverse condizioni di esperimento in cui si sono posti gli studiosi per dare o negare valore ai germi che spesso sono riusciti ad isolare dall'espettorato e dal sangue degli individui colpiti da influenza. Pertanto giova continuare nella raccolta di fatti e di esperimenti con l'intendimento di contribuire a rendere meno disagevole la via che dovrà portare alla scoperta della verità.

* * *

Nell'agosto del 1918, in occasione dell'epidemia d'influenza verificatasi a Rosarno e a Laureana (Calabria), intrapresi alcune ricerche batteriologiche per incarico della Direzione di Sanità. Due volte riuscii ad isolare dall'espettorato degl'infermi un bacillo simile a quello descritto da Pfeiffer, con la differenza che si presentava un po' più corto e più tozzo e con le estremità più intensamente colorate. Altre volte, invece, potei isolare il diplococco di Fränkel. Più tardi, quando la medesima epidemia divampò a Reggio Calabria e numerosi infermi sono stati ricoverati nell'Ospedale Militare di Riserva, ho potuto compiere nell'annesso Laboratorio Batteriologico nuove e più accurate ricerche, col costante proposito di vedere quali sono i germi che più frequentemente si trovano nell'espettorato, e nel sangue di individui colpiti da influenza, e se possa a tali germi attribuirsi un qualche valore patogenetico.

I casi da me studiati batteriologicamente sono 21, mentre lo studio di parecchi altri è in corso.

Dei 21 casi, 12 sono stati scelti tra quelli in cui predominavano i fatti polmonari (broncopolmonite con espettorato emorragico o semplicemente muco-purulento, quasi sempre abbondante, epistassi, dolori al dorso, pesantezza agli occhi, qualche volta emorragia polmonare, temperatura 38-39 $^1/_2$, adinamia, talora tumore di milza, lieve albuminuria); 4 casi con scarsi fatti bronco-polmonari e spiccata sindrome setticemica (dolori agli arti e al dorso, cefalea, epistassi, febbre continuo-remittente con elevazioni a 40-41 precedute da brividi e remissioni accompagnate da sudori, notevole adinamia, polso piccolo e molto frequente, talora emorragie cutanee, spesso entorroragie, tumore di milza, albuminuria); 5 casi con scarsi fenomeni bronchiali, febbre a 37.5, 38, dolori alle braccia e alle gambe, pesantezza agli occhi, epistassi talvolta notevole, coriza, faringite.

I risultati batteriologici, desunti da numerose prove culturali isolanti, che tralascio di descrivere per brevità, si possono riassumere così:

I° gruppo: L... S...; L... O...; G... L...; F..., N...; G... S...; F... G...; A... L...; M... G...; N... A...; L... T...; M... ...; F... M...; nei quali le ricerche sono state istituite soltanto nell'espettorato.

a) G . . ., S . . ., M . . . B . . ., F . . . M . . . — Reperto microbico: cocchi rotondeggianti od ovali, spesso lanceolati, riuniti a due o a catena breve.

Colorazione: si colora facilmente e resiste al Gram.

L'inoculazione sottocutanea nei conigli produce setticemia. La morte dell'animale si è avuta dopo 36 ore. Dal sangue del coniglio ho isolato di nuovo il medesimo diplococco.

I caratteri morfologici e culturali e la prova nel coniglio dimostrano chiaramente che si tratta del diplococco di Fränkel.

b) L . . . O . . ., G . . . L . . ., F . . . M . . . — Sviluppo molto stentato delle culture in agar semplice, più rigoglioso in agar-sangue.

Reperto microbico: bacilli brevi, un po' tozzi, colorati più intensamente alle estremità, isolati o disposti a due o a filamenti corti.

Colorazione: si colorano bene trattandoli per 15 minuti con fucrina carbolica diluita, o per 20-25 minuti con il liquido di Loeffler diluito. Non resistono al Gram.

L'inoculazione sottocutanea nelle cavie produce lievi reazioni locali, nessuna reazione importante generale e negli organi interni.

e) L . . . S . . ., N . . . A . . ., F . . . G . . ., A . . . L . . ., M . . . G . . . — Reperto microbico: bacilli corti, tozzi, spesso ovali, isolati o a catena breve, con i due poli intensamente colorati e uno spazio centrale incolore.

Colorazione: si colorano con tutti i colori di anilina, meglio con la fucsina fenica diluita o col bleu di Loeffler diluito. Sono Gram positivi con difficoltà.

Le inoculazioni sottocutanee nelle cavie non producono sensibili alterazioni locali. Producono, invece, una setticemia compatibile con la vita degli animali.

d) L . . ., T . . . — Reperto microbico: cocchi di varia grandezza, generalmente piccoli, rotondeggianti, disposti a due, più spesso a quattro, talora a catena breve od isolati.

Colorazione: si colorano con tutti i colori di anilina e resistono al Gram.

L'inoculazione sottocutanea nelle cavie produce reazioni locali: iperemia, lieve suppurazione, e reazione generale: setticemia.

II° gruppo: Z . . . F . . ., S . . . L . . ., B . . . N . . ., L . . . M . . ., nei quali le ricerche sono state istituite nel sangue, giacchè, come si è detto, hanno presentato scarse manifestazioni bronco-polmonari ed imponenti manifestazioni generali.

Reperto microico: bacilli corti, un po' tozzi, a colorazione bipolare ed uno spazio centrale incolore, come nei casi *c*) del I gruppo.

Colorazione e prova sugli animali come nei casi *c*) del I° gruppo.

III gruppo: P . . ., L . . ., M . . ., G . . . C . . . T . . ., B . . . F . . ., V . . . S . . ., nei quali le ricerche sono state istituite nell'espettorato.

a) P . . . L . . ., M . . . G . . ., G . . . C . . ., V . . . S . . . — Reperto microbico: non è stato potuto isolare alcun germe di particolare interesse.

b) B . . . F . . . — Reperto microbico: bacilli aventi caratteri morfologici culturali e tintoriali identici a quelli descritti nel II gruppo.

***

Dunque su 21 casi, 3 volte sono riuscito ad isolare il diplococco di Fränkel; 3 volte un bacillo avente caratteri morfologici e culturali simili al pseudobacillo dell'influenza descritto da Bruschettini; 10 volte un bacillo a colorazione bipolare (6 volte dall'espettorato e 4 volte dal sangue); 1 volta un micrococco tetrageno.

La presenza del diplococco di Fränkel nello espettorato di individui colpiti da influenza non può recare meraviglia. Dimostra semplicemente come non sia difficile attribuire anche a questo germe lo sviluppo di molte polmoniti che comunemente si chiamano « polmoniti da influenza ». Il fatto non è nuovo. Il Ribert, il Pinkler, lo Strümpell, il Celli ed altri rilevarono come nelle epidemie d'influenza, molti casi di polmonite erano dovuti precisamente al pneumococco e talora allo streptococco. D'altra parte è noto come il dilpococco della polmonite sia molto diffuso nell'ambiente e come trovi negl'individui colpiti da influenza un favorevolissimo terreno di sviluppo.

Di difficile interpretazione è il bacillo da me isolato 3 volte, avente caratteri morfologici e culturali simili a quelli del bacillo descritto da Bruschettini. Si tratta del cosidetto « pseudobacillo dell'influenza » prossimo al bacillo isolato la prima volta da Pfeiffer? O si tratta sempre, malgrado le lievi differenze morfologiche e culturali, del bacillo di Pfeiffer? O si tratta, infine, del bacillo a colorazione bipolare, di cui dirò appresso, osservato in una fase evolutiva diversa?

Il bacillo a colorazione bipolare, che ho potuto isolare con maggiore frequenza dall'espettorato e dal sangue, somiglia a quello descritto da Ciauri e da Ciauri-Ignaccolo. Tale bacillo non si trova nell'espettorato e nel sangue di individui affetti da altre malattie. Sembra che un bacillo simile sia stato trovato anche altrove. Se non erro, il Fabozzi nell'Istituto di Anatomia Patologica di Napoli e il Cappellani all'Ospedale Cotugno hanno isolato e descritto un bacillo

simile all'avisettico, e l'Hirschibruch in Germania ha descritto di recente un germe simile a quello dell'influenza dei cavalli. Questi reperti, che hanno dei caratteri di somiglianza fra loro, potrebbero acquistare, durante l'attuale pandemia, una qualche considerazione. Ma non è lecito ancora azzardare giudizi ed assegnare a questo germe un valore patogenetico determinato. Occorrono più numerose e complete indagini di Laboratorio per affermare o negare l'importanza di tale reperto batteriologico dal punto di vista dell'etiologia dell'influenza.

Il micrococco tetrageno, isolato da me una sola volta dall'espettorato purulento abbondantissimo di L... T... sembra essere il « micrococcus tetragenus septicus ». Tale lo farebbero ritenere i caratteri culturali e morfologici e le alterazioni osservate negli animali da esperimento. Questo germe è stato più volte isolato dall'espettorato dei tisici, dalle suppurazioni e perfino dallo sputo degli individui sani, e non avrebbe, perciò, importanza speciale.

NOTE E CONTRIBUTI.

INFERMERIA STAZIONE IDROVOLANTI G. MIRAGLIA

Le iniezioni endovenose di chinino nella malaria

per il dott. NICOTRA ANTONINO
cap. med. nella R. Marina (1).

Da anni avevo adottato, come metodo di cura nella malaria, le iniezioni intramuscolari, praticate da quattro a sei ore prima dello inizio dell'accesso febbrile.

Almeno, credo, nel 70 % dei casi avevo delle recidive a breve scadenza.

A mio parere le ragioni della incerta azione del chinino, per iniezioni intramuscolari, o per somministrazione gastrica, possono riassumersi nelle seguenti:

1°) *La cura non interviene mai precocemente*:

Difatti, onde stabilire l'ora buona per la iniezione, il medico è costretto ad assistere inattivo ad una lunga serie di successivi accessi; il grammo di chinino, che, iniettato al primo acccesso febbrile, avrebbe trovato solo una generazione di parassiti, dopo varî accessi ha da lottare contro svariati cicli parassitari.

(1) Cfr. « Annali di Medicina Navale e Coloniale », fasc. nov.-dic., 1917.

2°) *La cura non interviene sempre nell'ora buona, malgrado lo studio accurato della curva termica.*

La iniezione intramuscolare, infatti, non arriva sempre in tempo per impedire il manifestarsi del nuovo accesso; il quale o si presenta solo attenuato o addirittura della stessa intensità dei precedenti.

3°) *La cura non interviene mai nella dose massima parassiticida, e direttamente nel sangue.*

Infatti, per via intramuscolare il chinino arriva nel sangue a dosi frazionate, di assorbimento. La sua reazione nelle urine si constata ancora dopo 48 ore. Pare dimostrato che il chinino somministrato a piccole dosi, piuttosto che uccidere il parassita non fa che arrestarne, solo, la evoluzione riproduttiva. Non è inverosimile ammettere, allora, che la iniezione intramuscolare arrivi solo a distruggere in parte i parassiti esistenti, limitandosi ad arrestare la evoluzione degli altri.

***

L'azione del chinino è esclusivamente parassiticida. Questa azione svolge solamente quando trova il parassita libero nel sangue, ossia dal momento in cui esso fuoriesce per la deiscenza dei vecchi globuli rossi. Verosimilmente, quindi, il chinino per via intramuscolare, quando riesce a prevenire il nuovo accesso, trova già liberi nel sangue, e distrugge i nuovi merozoiti *prima dello inizio della febbre.*

Ho cominciato allora a sperimentare le iniezioni endovenose di chinino praticate un'ora prima circa dell'inizio della febbre. Notai che con tale metodo non avevo recidive, però era sempre necessario attendere lungamente, per lo studio dell'ora buona della iniezione. Sostituii allora il metodo della iniezione endovenosa in apiressia con la iniezione endovenosa durante l'accesso febbrile.

La febbre, infatti, ci esteriorizza manifestamente un periodo certo in cui i merozoiti vagano liberi nel sangue. Il periodo febbrile rappresenta, quindi, il migliore momento per attaccarli con forti dosi di chinino.

La malaria nelle sue prime manifestazioni non è che una malattia esclusivamente del sangue, e più precisamente dei globuli rossi.

Non c'è migliore via, quindi, per agire sul sul parassita, che la via endovenosa: credo che in nessuna altra forma morbosa la via endovenosa possa avere indicazione più razionale che nella malaria.

Per essa nel *momento buono* (il periodo febbrile) *il più precocemente possibile* (al primo

accesso col quale si presenta l' ammalato) si può iniettare *direttamente nel sangue* — *la dose massima* di farmaco parassiticida.

***

Ho così curati, durante questa stagione malarica, più di un centinaio di casi.

Settantacinque di essi ho potuto seguire sino ad oggi, notarne il grafico della temperatura giornaliera, e il grafico della temperatura oraria dopo la iniezione.

Riporto senz'altro, i risultati ottenuti:

Su trentuno casi di terzana primaverile nessuno è recidivato;

su undici casi di terzana estivo-autunnale uno solo è recidivato dopo qualche settimana, malgrado tre iniezioni endovenose;

su ventiquattro casi di recidive a breve scadenza nessuno è recidivato;

su nove casi di recidiva a lunga scadenza e a ciclo irregolare cinque sono recidivati.

In un certo numero di casi ho constatato una lieve elevazione termica al sesto o decimo giorno dalla iniezione. Poi più niente. Si è sempre trattato di pochi decimi di temperatura (37.5 - 38.5), della durata di poche ore, e qualche volta solo di malessere e qualche brivido, senza elevazione termica. Non ho considerato nella statistica sopraesposta questi pochi decimi di febbre, quale una recidiva.

Nel maggior numero dei casi ho praticata solo una iniezione endovenosa durante il primo accesso febbrile. Raramente mi è occorso di praticare due iniezioni, e pochissime volte tre. Bisogna tenere in osservazione il malato per un paio di settimane, e aggredire subito, al primo manifestarsi di un nuovo accesso i parassiti circolanti, con una seconda iniezione.

Poche volte nelle terzane primaverili primitive è stata necessaria una seconda iniezione. In questo caso l'accesso recidivante si inizia con notevole ritardo e attenuato. Parrebbe, quasi, che due generazioni di parassiti avessero contribuito a dare gli accessi febbrili precedenti; e che di esse una sola fosse restata attaccata dalla prima iniezione endovenosa.

Capita, invece, più facilmente dover ricorrere alla seconda o alla terza iniezione, nelle forme subentranti o quotidiane e nelle recidive. Mentre, però, le prime possono ancora guarire, per le recidive, specialmente a lunga scadenza, la guarigione diventa più incerta, come dimostrano i nove casi di recidiva a lunga scadenza sopra riportate.

Il caso di estiva autunnale primitiva sopra citato, e recidivato dopo qualche settimana, malgrado tre iniezioni, può considerarsi, probabilmente, come un caso non riconosciuto, di recidiva a lunga scadenza.

Mi è parso utile per le forme estivo-autunnali praticare delle iniezioni a dose più forti (gr. 1.25).

In alcuni casi, a prevenire la elevazione termica, che suole in qualche caso manifestarsi dopo sei o dieci giorni, e a scopo di bonifica, ho somministrato una soluzione di bisolfato di chinino in acqua cloroformica e zucchero, alla dose di 2 o 3 grammi per giorno, e per un un periodo di dieci giorni.

Una importanza notevole, credo, abbia il momento in cui, sempre durante il periodo febbrile, deve esser praticata l'iniezione.

Il momento migliore ho osservato esser quello che va dallo inizio della febbre al suo acme.

Praticata in questo periodo ascendente, la curva termica continua il suo decorso regolare senza mostrare alcuna reazione termica, che da qualche autore vuole attribuirsi alla azione reattiva propria del chinino sui parassiti.

Nessuna differenza presenta, infatti, il confronto tra la curva termica oraria di un accesso senza l'intervento della cura, e quella di un accesso durante il quale viene praticata la iniezione endovenosa.

In nessun caso, poi, l'accesso in corso è stato troncato per azione del chinino.

Nei casi, in cui ho praticata la iniezione all'inizio del brivido o ai primi decimi di temperatura (37.2 — 37.5), questa aveva, qualche volta, una defervescenza, con un periodo, quindi, di apiressia della durata di qualche ora. La temperatura, quindi, risale per raggiungere un acme come negli accessi precedenti. Questo modo di comportarsi del chinino versato in circolo ai primi decimi di febbre o, all'inizio del brivido, ricorda da vicino l'azione del chinino versato in circolo in periodo di apiressia una ora prima dell'inizio della febbre.

L'iniezione, praticata, invece, nel periodo discendente della curva termica, e specialmente durante gli ultimi decimi di temperatura, mi è parso che non abbia risultati altrettanto sicuri, quanto quelli ad iniezione praticata nel periodo ascendente.

Forse perchè già allora la maggior parte dei nuovi merozoiti sono penetrati dentro ai nuovi globuli rossi.

Comunque, la curva termica non ha alcun sbalzo per azione del chinino. Essa continua regolarmente la sua discesa come negli accessi precedenti. Ciò dimostra ancora di più la inesistenza di una reazione propria da chinino.

***

Concludendo:

Una, due, o tre iniezioni endovenose di un grammi di chinino, praticate durante il periodo febbrile, debbono guarire tutte le forme di malaria primitiva, e forse anche di recidiva a breve scadenza.

Esso metodo ha sugli altri il vantaggio di permettere un intervento precoce; di agire direttamente nel sangue sul parassita colla dose massima di chinino; di non dare alcun disturbo all'ammalato.

Pubblichiamo volentieri questa nota, in quanto accoglie in breve descrizione elementi di fatto molto significativi. Facciamo qualche riserva sulla portata pratica e sul significato assoluto della conclusione.

Nota della redazione.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Le complicazioni cardiache dell'influenza.

(J. MACKENZIE. *The Practitioner*, 1919, n. 1).

Gli effetti della influenza sul cuore sono nella maggioranza dei casi analoghi a quelli prodotti da altre infezioni a decorso favorevole: tachicardia, leggero aumento di volume, eventualmente rumori sistolici.

Ma si hanno casi nei quali l'esito non è favorevole ed allora il cuore è gravemente colpito. In tali casi veramente il cuore non è il solo organo leso: i disturbi cardiaci formano un elemento di un complesso sintomatico infettivo nel quale hanno una parte più o meno importante manifestazioni a carico dell'albero respiratorio e del sistema nervoso. Tuttavia i fatti cardio-vascolari, anche quando altre localizzazioni dominano il quadro sintomatico, sono sempre molto notevoli e costituiscono l'indice migliore per apprezzare lo stato del paziente e dare un giudizio prognostico.

Tenuto presente che nella grande maggioranza dei casi la influenza segue un decorso piuttosto lieve e rapidamente volge a guarigione, vien fatto di pensare che l'agente patogeno nelle circostanze ordinarie non è molto dannoso ed è incapace di determinare processi bronchitici o pulmonitici. Quando queste complicazioni si manifestano è evidente che intervengono altri fattori: speciale stato dell'organismo che reagisce in modo particolare all'agente microbico, speciale virulenza del germe, o, come sembra più probabile, azione di altri batterî associati a quelo della influenza.

I fenomeni cardio-vascolari delle forme gravi di influenza sono simili a quelli di altre infezioni gravi. Il cuore in ogni processo febbrile reagisce a tre differenti stimoli: aumento della temperatura, tossine prodotte dal microbo, invasione diretta del cuore da parte del microrganismo patogeno. Questi fattori possono essere presenti in vario grado nello stesso paziente.

Quando c'è pericolo di vita i fenomeni cardiaci sono molto caratteristici. Le gote dell'infermo sono pallide con una leggera tinta bluastra, le labbra sono cianotiche, la tachicardia raggiunge 130-140 battiti anche quando la temperatura non è molto alta. Il polso stesso dapprima è pieno, ma debole, più tardi diventa piccolo, filiforme, ciò che costituisce un segno di cattivo augurio. Il volume del cuore stesso aumenta leggermente, i toni diventano deboli ed oscuri e talvolta si hanno veri rumori sistolici. Questi sono i fenomeni che indicano pericolo di vita nei casi di bronchite, pulmonite e bronco-pulmonite influenzale e che di solito sono accompagnati da delirio ed incoscienza.

Il quadro sintomatico in realtà non è la espressione esclusiva di un'affezione del cuore, dei pulmoni o del cervello, ma è l'indice di una intossicazione di questi differenti sistemi. È perciò che la terapia diretta esclusivamente a tener su la forza del cuore spesso risulta inefficace.

Se si tengono presenti le gravi lesioni miocardiche che si riscontrano in tali casi all'autopsia si spiegherà come tutti i cardiotonici, la stricnina, la caffeina, l'olio canforato ed anche la digitale rimangono talvolta senza alcun effetto.

Nella influenza le alterazioni non sono limitate al cuore come avviene di solito nelle infezioni reumatiche, nè sono stati osservati casi di individui guariti dall'influenza nei quali siano residuati vizi valvolari. Si possono, è vero, verificare pericarditi, endocarditi, miocarditi insieme a localizzazioni pulmonari, ma quando ciò si avvera la tossi-infezione è così profonda che il paziente non può sfuggire alla morte.

Può darsi che una miocardite sia il fatto iniziale della influenza, ma si tratta di casi rari che spiegano le morti improvvise durante le pandemie influenzali.

Durante un attacco di influenza può verificarsi anche il blocco del cuore. Nel 1901 l'A. osservò in un paziente che di tanto in tanto la frequenza del polso si riduceva fino alla metà del numero dei battiti, mentre il tracciato del polso giugulare dimostrava che il ritmo auricolare

continuava indisturbato. Si tratterebbe di una eccitazione tossica del vago.

La influenza non pare che produca effetti più gravi in individui già affetti da malattie cardiache croniche.

I cardiopazienti, secondo la esperienza dello autore, come nel tifo così nella influenza subiscono la infezione con le medesime reazioni di individui sani. Ciò confermerebbe la tesi che il virus influenzale di regola non produce un veleno deprimente l'attività cardiaca, e che quando nella influenza si presentano disturbi cardiaci gravi intervengono altri fattori.

La grande maggioranza dei pazienti superano il periodo febbrile della influenza senza alcun sintomo di alterazione cardiaca, la loro guarigione è rapida e completa. Anche coloro che sono costretti al lavoro durante l'attacco influenzale o sono costretti a riprenderlo prima che la febbre sia cessata non ne risentono in genere alcun male.

Quando in tali condizioni si verifica qualche malanno vuol dire che sono in atto altri processi morbosi come, ad es., la bronchite.

Tuttavia vi sono anche individui i quali pure avendo avuto un attacco influenzale non grave hanno una convalescenza lenta e protratta talvolta per mesi ed anni. Questi pazienti lamentano spesso disturbi a carico del cuore, palpitazioni e dolori precordiali; accusano facile esauribilità al lavoro, senso di stanchezza. Questi disturbi però non sono dovuti ad una debolezza del cuore. Sembra piuttosto che siano una manifestazione della intossicazione generale dello l'organismo. Infatti esaminando accuratamente l'ammalato si rileveranno altri sintomi. Oltre al senso di stanchezza, di facile esauribilità, di dolori precordiali, si trovano affanno dopo sforzi anche leggeri, tachicardia leggera spontanea e sopra tutto dopo movimenti, aumento del volume del cuore e qualche volta edemi alle gambe. Mentalmente si rileva uno stato di depressione irritabile. Frequenti sono pure le vertigini. Questa sintomatologia è in rapporto con una intossicazione del sistema nervoso centrale. Questo nella influenza subisce l'azione di potenti tossine. Ciò è dimostrato dal senso di malessere, dalla depressione e dalla irritabilità del carattere. Così si hanno disturbi vasomotori di cui è un indice la suscettibilità della circolazione periferica: mani e piedi continuamente freddi, freddo persistente dopo un'abluzione fredda, arrossamento persistente delle parti sottoposte all'azione del caldo. Analogamente i pazienti che permangono qualche tempo in ambienti caldi cadono in deliquio, o si esauriscono rapidamente o cadono svenuti dopo sforzi. Ciò avviene perchè il sangue tende ad accumularsi nei vasi periferici degli arti e nelle vene dell'addome con la conseguente anemia del cervello, donde senso di mancamento e sincopi.

Questa speciale debolezza vasomotoria dà ragione del modo di produzione dei segni attribuiti alla debolezza cardiaca; affanno, palpitazioni, dolori. Questi ultimi hanno un carattere gravativo, angoscioso e durano per ore; possono essere prodotti dagli sforzi, ma si verificano anche nel riposo, e ciò in rapporto alla loro origine tossica. Spesso sono accompagnati da iperestesia della cute della regione precordiale.

Ciò premesso non è dubbio che lo stato astenico postinfluenzale non è del tutto di origine cardiaca, ma è in rapporto a uno stato tossico di tutto l'organismo, cuore e sistema nervoso compresi. Anche quando si trovano notevoli alterazioni a carico dell'apparato cardio-vascolare, come tachicardia, soffi sistolici, dilatazione del cuore ed eventualmente extra-sistoli, esse non costituiscono segni di cardiopatia, ma sono semplicemente l'espressione di una malattia generale dell'organismo. Questi punti di vista hanno notevole importanza per l'indirizzo terapeutico.

Lungi dal raccomandare un riposo assoluto l'A. ritiene che si debba consigliare un moto moderato all'aria aperta. Si deve tendere alla eliminazione dei veleni ed a ristorare l'organismo somaticamente e mentalmente, e ciò non si ottiene certamente confinando a letto i pazienti. Questi invece devono ritornare gradatamente alle loro occupazioni, quando non siano faticose e spiacevoli, raccomandandogli di desistere quando si manifestano sensi di stanchezza, affanno o dolori.

DR.

CHIRURGIA.

Il cancro dello stomaco.

(WILLIAM J. MAYO. *Surgery Gynecology and Obstetrices*, aprile 1918).

Più del 30 % dei cancri negli uomini che godono di un certo grado di civiltà si riscontrano nello stomaco. Il Mayo si chiede la ragione di ciò, considerando che questa manifestazione patologica non è affatto comune fra gli animali o fra gli uomini primitivi, dai quali non ci distingue nessuna differenza essenziale secretiva o meccanica nella funzione o nella struttura dello stomaco. Riflettendo che non vi è sostanzialmente nessuna differenza fra i nostri cibi e quelli degli animali e degli uomini primitivi e che il solo fattore certo nella etiologia delle neoplasie

maligne è una irritazione cronica, bisogna pensare, secondo Mayo, che la causa si debba ricercare nelle manipolazioni alle quali i popoli civili sottomettono i loro cibi o nel modo di assumerli. A comprovare questo suo modo di pensare Mayo dice di aver osservato che il cancro della mammella è estremamente raro nelle popolazioni le quali non coprono il petto con indumenti, ma lo lasciano esposto all'aria. È quindi meritevole di essere presa in considerazione l'ipotesi che siano i cibi e le bevande calde quelle che soprattutto inducono quelle alterazioni dei tessuti che precedono la neoplasia. Ne abbiamo del resto dei bellissimi esempi nel cancro dei fumatori e in quello che frequentemente colpisce alla regione inguino-crurale alcune popolazioni del Kashmir, le quali per proteggersi dal freddo portano uno scaldino pieno di bragia attaccato davanti all'addome, e inoltre nel cancro che spesso si osserva alle gambe dei fuochisti e nel cancroide cutaneo della faccia, la cosidetta «malattia Australiana», che comincia sempre con una peculiare irritazione della pelle prodotta dal calore eccessivo del clima.

È stato dimostrato per mezzo dei raggi X che se un liquido entra nello stomaco quando questo è pieno di cibo, il liquido, scorrendo lungo la piccola curvatura in una specie di canale (*canaliculus gastricus*) formato da una speciale contrazione muscolare, passa direttamente nel duodeno. Quando si pensi che lo stomaco non possiede un epitelio pavimentoso stratificato nè nervi sensitivi che lo proteggano e che l'85 % delle ulceri gastriche e dei carcinomi interessano la piccola curvatura, è logica l'ipotesi che esista un nesso causale fra i due fatti.

Riguardo al trattamento l'A. insiste sulla necessità di intervenire al più presto possibile e riporta l'affermazione di Carman che nel 95 % dei casi è possibile, coll'esame radiologico, fare diagnosi precocissime di cancri dello stomaco. Mayo crede preferibile la resezione dello stomaco alla gastroenterostomia anche soltanto come intervento a scopo palliativo, non ostante la mortalità un po' più elevata. Egli ritiene che non siamo ancora in grado di giudicare l'inoperabilità di un caso con sufficiente esattezza e cita cinque suoi operati di gastroenterostomia a scopo palliatico, i quali vissero ancora più di cinque anni dopo l'intervento.

L'A. si dichiara convinto che l'ulcera è la sorgente potenziale del cancro dello stomaco. Quindi appena fatta diagnosi di ulcera gastrica bisognerebbe intervenire con una gastroenterostomia meglio se preceduta da una cauterizzazione dell'ulcera secondo il metodo di Balfour. Questo atto operativo diede alla «Mayo Clinic» una mortalità dell' 1 %.

Nel cancro del piloro la resezione alla seconda maniera di Billroth corrisponde abbastanza bene. Nelle ulceri cancerigne più alte sul corpo dello stomaco può essere indicata in qualche caso una resezione segmentale. Nei cancri del piloro e della piccola curvatura che formano la gran maggioranza dei casi, l'operazione di scelta deve consistere nell'escidere ampiamente e nel riunire direttamente l'estremità recisa dello stomaco colla parete del digiuno, chiudendo l'estremo centrale del duodeno. Questo è un atto operativo che permette una rapida e completa asportazione del tessuto neoplastico come nessun altro. Questa anastomosi termino-laterale-antecolica ha inoltre il vantaggio sul Billroth II di essere molto più rapida e di permettere una resezione molto più alta dello stomaco, poichè un'ansa di digiuno lunga da 40 a 45 cm., passata intorno all'omento e al colon trasverso, può essere anastomizzata con un moncone dello stomaco anche molto alto.

In nove casi della sua pratica il Mayo eseguì una resezione subtotale dello stomaco e in un caso fece una resezione totale col metodo di Moynihan, resecando insieme collo stomaco anche un tratto di esofago. Questo paziente guarì con una funzionalità sorprendentemente buona.

Parlando dei risultati ottenuti colle operazioni radicali per carcinoma gastrico, l'A. ci dice che di 65 pazienti operati di resezione dello stomaco in 20 anni, il 38.6 % viveva ancora tre anni dopo l'intervento e il 26 % cinque anni dopo. Egli presume che gli altri pazienti sieno morti in seguito a una recidiva — ma questo non è affatto provato. Le cifre surriferite verrebbero quindi a essere certamente un po' più elevate. Queste statistiche si possono paragonare favorevolmente con quelle che si dànno nella cura dei cancri di altre parti del corpo e dimostrano che il trattamento radicale del cancro dello stomaco sta alla pari col moderno trattamento dei cancri in generale.

MANFREDO ASCOLI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Afasia motoria e paralisi del faciale conseguenti a gravissimo trauma cerebrale: guarigione.

Contributo clinico del dott. T. ISIDORI.

L'esposizione del seguente caso clinico dovrebbe essere preceduta e seguita da richiami di nozioni fisiopatologiche del sistema nervoso centrale con speciale riguardo alle localizzazioni ed ai centri encefalici. Sarebbe peraltro impru-

denza per un medico pratico avventurarsi nel *mare magnum* di una materia che ha tanti e così insigni cultori specializzati: egli rischierebbe di non

uscir fuori del pelago alla riva.

Per tema quindi di lasciar lacune, che guasterebbero o renderebbero incompleta la trattazione di un così vasto argomento, mi limiterò a riferire il caso osservato esponendo il mio modesto modo di vedere sul meccanismo della meravigliosa guarigione, lasciando agli specialisti e agli studiosi di neurologia il còmpito di trarre da induzioni speculative la spiegazione del fenomeno, sopratutto se la mia appaia errata.

La sera del 25 novembre 1917 viene condotto all'ospedale annesso a questo ambulatorio medico-chirurgico un bambino di 9 anni, C... T... di G..., domiciliato a Toffia, il quale presenta:

a) ferita incisa (da colpo di scure) in corrispondenza della regione parietale sinistra, lunga cm. 6, diretta obliquamente dall'alto al basso e da dietro in avanti, interessante il cuoio capelluto, il pericranio esterno, l'osso parietale, le meningi, la sostanza cerebrale che esce dalla ferita e fa ernia a traverso la stessa;

b) afasia motoria, stabilitasi subito dopo il trauma;

c) paralisi del nervo faciale destro; polso 120, temperatura 37°-8. La lesione data da circa 24 ore.

Nulla a carico delle funzioni visiva, auditiva, gustativa, tattile; non paralisi, nè paresi degli arti. Nessuna disfunzione degli organi interni; nessun accenno a convulsioni toniche o cloniche.

Medicazione sterile senza sutura.

Nei giorni seguenti rinnovazione della medicatura a piatto: ghiaccio. Nessun fatto locale di infezione o irritazione meningea ed encefalica. La temperatura va giornalmente decrescendo finchè il 29 novembre il bambino è apirettico.

Le condizioni locali della lesione lentamente migliorano e la cicatrizzazione avviene dopo un lungo periodo di tempo (circa tre mesi) residuando una cicatrice infossata lineare, lucida, anestetica. Contemporaneamente guariva la paralisi del faciale.

L'afasia motoria va gradatamente risolvendo: il bambino il 18 dicembre poteva pronunciare due-tre parole (mamma, Roma, Dio) mentre permaneva la paralisi del faciale. Ma via via la rieducazione del linguaggio progrediva sino ad aversi la *restitutio ad integrum* della funzione, quasi di pari passo con la risoluzione della paralisi del 7°, la quale risoluzione precedette alquanto il ripristino della favella.

La guarigione completa della lesione e delle sue conseguenze morbose fu da me constatata con perizia giudiziaria dell'aprile 1918.

Da notare che il piccolo infermo non ha mai mostrato disturbi dell'intelligenza, la quale si è rivelata sempre vivissima, nè della ideazione: egli ha sempre ben conosciuto la scrittura, da prima letta mentalmente e con segni evidenti di comprensione, di poi, col riacquisto della parola, verbalmente e forte.

Al momento in cui fisso queste brevi note (22-8-1918) non si sono accennati fatti convulsivi, per cui si può ritenere essere avvenuta guarigione completa senza postumi.

Per spiegare questa guarigione, che veramente ha del meraviglioso (a parte il fatto di avere scongiurato la meningite e la meningo-encefalite), bisogna ammettere che nel nostro caso non vi sia stata una vera lesione del centro fasico-motore e del centro del faciale od in ogni evenienza la lesione sia stata ben lieve, poichè non si sarebbe avuta nella contingenza in parola una completa *restitutio ad integrum*. È da supporre invece che la fenomenologia osservata all'inizio fosse dovuta alla *diaschisi* nel senso di Monokow ossia a fenomeni a distanza dovuti alle perturbazioni di circolo ed alle reazioni flogistiche che un trauma di tale entità doveva necessariamente produrre. Svanite le suddette perturbazioni doveva dileguarsi anche la sindrome che ne era l'espressione.

Ben diverso sarebbe stato il caso se si fosse trattato di semplice *afasia*: allora si sarebbe potuto invocare l'azione vicariante e suppletiva che esercita il centro fasico destro, come avviene frequentemente nei fanciulli.

Questa e non altra parmi la spiegazione: ad ogni modo ho creduto mio dovere di non tacere coi colleghi di condotta di questo caso interessante per potere orientarsi, in contingenze analoghe, sulle induzioni prognostiche le quali, come è risaputo, costituiscono una delle parti più assillanti della medicina pratica.

Castelnuovo di Farfa, agosto 1918.

Frattura da strappamento

per il dott. ANDREA FERRI.

Il prof. Cesare Ghillini nella sua recente pubblicazione su « la guarigione della frattura del collo femorale », parlando del meccanismo di frattura, non ammette l'esistenza delle *fratture da strappamento* in condizioni fisiologiche, per l'impossibilità, egli dice, che le parti molli possano fratturare il tessuto più resistente, che è l'osso.

Altri ammettono che il fatto possa avvenire, basandosi sopra descrizioni, esistenti nella letteratura, di fratture causate da azioni muscolari violente ed istantanee in individui, nei quali sia per età che per costituzione non era presumibile esistere alcuna alterazione della resistenza scheletrica.

Un caso capitato a me 14 anni or sono, ma ancora visibile e controllabile, mi fa propendere per l'opinione di questi ultimi autori, pur riconoscendo che si tratta di eventualità rare nella storia della traumatologia.

Nel novembre 1904, un uomo di 27 anni si trova in bicicletta su sentiero bagnato e, causa uno slittamento, cade sul fianco sinistro; al momento fa uno sforzo istintivo per evitare la caduta, sforzo col quale riesce ad annullare quasi la violenza dell'urto contro il suolo, che per di più era in quel punto erboso, perchè vicino ad un fosso. Sentì però un dolore vivo in corrispondenza del gran trocantere, il che non gli impedì di risalire in macchina e di presentarsi all'ospedale dove io ero assistente. Constatai che un pezzetto d'osso a forma di scheggia si era staccato dalla parte anteriore inferiore del gran trocantere, laddove ha inserzione il *muscolo* vasto esterno ed il piccolo frammento trovavasi stirato in basso insieme alle stesse fibre d'inserzione, mentre il gran trocantere presentava una superficie di frattura a margine tagliente, ove la minima pressione riusciva dolorosa; non eravi contusione nè altra lesione dei tegumenti. Scarso era il dolore spontaneo, poco disturbata la deambulazione, ma il paziente, per la ragione sopradetta, non potè per parecchio tempo, decombere sul fianco sinistro. Il piccolo frammento si presenta tuttora come un osso sesamoide, mobile in mezzo alle parti molli.

Dato che l'urto contro il suolo non era stato forte, nè su terreno molto duro, che non vi era lesione dei tegumenti, io pensai ad una frattura per distacco o strappamento, dovuta alla contrazione muscolare di difesa al momento della caduta; caso analogo a quelli descritti dagli autori, di distacco parziale epifisario nei punti di inserzione muscolare. In quello su riportato si poteva escludere qualsiasi alterazione patologica dell'osso.

Come può conciliarsi ciò coi dati teorici del Wertheim, secondo i quali l'osso presenta fra tutti i tessuti la resistenza massima alla rottura per trazione?

Sembra chiaro anzitutto che il coefficiente di rottura non può essere rappresentato da una cifra unica per il tessuto osseo compatto e per quello prevalentemente spugnoso delle epifisi, nelle quali si trovano le sporgenze che offrono buona presa all'azione traente. In secondo luogo, benchè io non conosca le condizioni in cui furono fatte le esperienze che diedero al Wertheim le cifre riportate dal prof. Ghillini nel suo lavoro, credo tuttavia che difficilmente siano paragonabili a quelle che si verificano nelle fratture da strappamento. È ovvio trattarsi in questi casi di un'azione in cui la violenza è pari alla rapidità; di uno scatto muscolare o tendineo a brevissima escursione; caratteristiche queste che sono a tutto danno delle parti rigide, come l'osso, e a tutto vantaggio di quelle che presentano un certo grado di elasticità: muscoli, tendini, legamenti.

In terzo luogo, è probabile che, dati gli speciali atteggiamenti che viene ad assumere un arto nelle evenienze suindicate, si producano azioni di leva, le quali aumentino considerevolmente l'effetto della trazione tendomuscolare e legamentosa.

Sala Bolognese, Agosto 1918.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Associazione medico-chirurgica di Palermo.

Seduta del 20 luglio 1918.

Presiede il Professore GIUFFRÈ.

L'operazione radicale ed i metodi di cura operativi conservativi delle suppurazioni otogene.

Prof. A. ZANCLA. L'A. tratta della operazione radicale e della operazione conservatrice (metodo di Heath) per la cura delle suppurazioni otogene; discute l'applicazione dei due metodi e giunge a queste conclusioni.

Non giova rispettare una cassa timpanica con pareti ossee estesamente alterate, con ossicini inglobati, o intaccati e parzialmente distrutti da vegetazioni fungose, cioè da un focolaio perennemente suppurante in vicinanza dei centri cranici. Constatate lesioni simili, il metodo conservatore diventa un non senso, ed è l'operazione radicale classica che si deve eseguire.

Invece nelle lesioni ossee della mastoide, anche estese, quando la mobilità degli ossicini è conservata e le lesioni timpaniche sono di lievissima entità, si ha la indicazione per il processo conservativo.

Interessa adunque, per non andare incontro ad insuccessi, studiare bene il soggetto prima di decidere l'atto operativo, porre subito la diagnosi ed intervenire prima che si sia costrettivi da sintomi allarmanti.

L'A. richiama l'attenzione sulle mastoiditi, che alle volte, anche gravi, decorrono silenziose, per cui gli interventi spesso riescono tardivi.

Tenendo presenti queste oservazioni, l'O. ha ottenuto notevoli successi nei numerosi casi presentatisi nel reparto dell'Ospedale militare da lui diretto.

Sulla vera cura e guarigione della febbre palustre contro la teoria della sua inguaribilità.

Dottor R. IMPASTATO. L'O. richiamando una sua comunicazione al Congresso Medico Siciliano del 1910 in Trapani, e dissentendo da ciò che ebbe a sostenere il prof. Piazza-Martini in una precedente seduta della Associazione sulla inguaribilità della malaria, afferma che la malaria guarisce.

Accenna al metodo che egli ha usato nella sua pratica ed afferma che i risultati della appropriata cura sono stati coronati da successo. Non ha la pretesa di dire cose nuove, ma insiste sulla cura antimalarica a base di *iniezioni di chinino*, che è la più opportuna ed efficace, ed *a forti dosi*.

Sul cosidetto grosso addome di guerra.

Dott. V. CESARE PIAZZA. L'O. valendosi di alcuni casi tipici occorsi alla sua osservazione, tratta di questa forma clinica che, come altre, la guerra ha posto in evidenza. Fermandosi prevalentemente su tre casi, egli rileva i dati che seguono.

Addome protruso in avanti, deformato egualmente così nei quadranti superiori come negli inferiori; non si nota marezzamento venoso, non edema della parete; suono timpanico su tutti i quadranti ed in tutte le posizioni; lordosi lombo-sacrale accentuata; perimetro addominale di poco o punto maggiore di quello toracico.

Non si percepiscono rumori esofagei.

Alla palpazione: consistenza duro-elastica su tutti i quadranti; nessuna resistenza speciale; in un caso la palpazione sulla regione epatica è dolorosa, in un altro la palpazione sulla regione splenica suscita dolorabilità, esistendovi notevole tumore cronico di milza.

In un caso l'aia epatica è ridotta alla metà dell'ordinario; in un altro è di molto aumentata.

Nei tre casi il torace, di forma cilindroconica, è permanentemente in posizione inspiratoria; tipo del respiro addominale, escursioni respiratorie quasi nulle agli apici ed alle basi: aia cardiaca mascherata da suono chiaro polmonare. I pazienti si presentano dispnoici.

L'esame del sistema nervoso rivela, nei tre casi, assenza dei riflessi mucosi, del riflesso oculo-cardiaco, reazione torpida delle pupille alla luce, zone di ipoestesia dolorifica e termica lungo la parete addominale, agli arti e al dorso, dermografismo rosso, in un caso atassia statica.

Nulla di notevole a carico dell'apparato cardiovascolare in due casi; nel terzo spiccata aritmia.

L'esame radioscopico dà: diaframma contratto, quasi immobile in posizione ispiratoria bassa con cupola uniforme, che nelle profonde ispirazioni si sposta appena per 1 cm.; stomaco e colon discendente pieni di gas.

Condizioni generali di nutrizione buone, nonostante frequente diarrea.

Questi pazienti furono sottoposti ad intensa cura di bromuri. In due casi nulla si ottenne. Nel terzo si ebbero ottimi risultati, poichè la tensione addominale andò diminuendo per diventare normale in 15 giorni. Le escursioni respiratorie diventarono ampie; il diaframma riprese i suoi movimenti e la forma normale, l'aia epatica e cardiaca rientrarono nei limiti normali.

L'ammalato lasciò l'ospedale guarito; ma dopo 4 mesi tornò nelle primitive condizioni.

La forma morbosa insorse di botto, senza ragione apparente.

Circa l'anamnesi, in un caso si riscontra sifilide acquisita tre anni prima, in un altro malaria cronica, nel terzo ereditarietà nervosa.

L'O. afferma che, dall'attento esame dei dati obbiettivi, si desume che in questi casi non si tratta di meteorismo da abnorme sviluppo di gas o da mancata eliminazione di essi. Il meccanismo di produzione è dato dal fatto che il diaframma, contratto in posizione inspiratoria bassa, ricaccia in basso tutti i visceri addominali, che, per la persistente tonicità della parete addominale, sono costretti in una cavità ridotta da ciò la forma speciale dell'addome.

L'O. riconosce alla forma clinica la natura isterica.

R. B.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Litiasi intestinale ossalica.

Quest'affezione è stata descritta e definita da Loeper e da una serie di altri autori francesi. Ce ne offre ora uno studio riassuntivo il *Medical Record* (28 ottobre 1918), sulla cui scorta raccogliamo queste note.

Si possono distinguere due fasi del processo morboso: una latente, di tolleranza, di accumulo tossico; l'altra caratterizzata dalla scarica della *materia peccans* per l'emuntorio intestinale.

La prima fase è clinicamente poco netta. Astenia generale, pallore, deperimento organico, vertigini, ipotensione arteriosa, costituiscono i sintomi un po' vaghi dell'*ossalemia* prima che l'organismo sia in grado di attuare l'eliminazione attraverso l'intestino.

La seconda fase si riassume in un parossismo di dolori e di vomiti. Essa è notevole in specie per la violenza del dolore. Dato il grande calibro dell'intestino e il piccolo volume dei calcoli o della renella ossalica, sorprende che possano aversi sintomi quasi eguali, in gravità, a quelli propri dell'ostruzione intestinale.

Questi sintomi potrebbero spiegarsi ammettendo un'azione meccanica e chimica esercitata dalla renella di ossalato di calce sulla delicata mucosa dell'intestino.

Foutel fa entrare in campo anche l'enterocolite, la quale coesiste quasi sempre e si traduce nella stipsi, nella mucorrea, ecc. Egli si basa sulla circostanza che nell' enterocolite possono aversi manifestazioni dolorose analoghe, anche se l'esame delle feci non rivela alcuna traccia di acido ossalico.

Chevalier, in base alle sue vedute sulla litiasi infiammatoria. ammette che l'affezione intestinale possa paragonarsi alla pielonefrite, la quale resta semi-silenziosa finchè non si formi un calcolo secondario, che provoca le coliche. La coprostasi accentuerebbe le manifestazioni dolorose.

Se non che, può aversi la litiasi intestinale ossalica senza che preceda e coesista l'enterocolite.

Loeper non contesta l'azione meccanica e chimica della renella libera nell'intestino, ma crede che il dolore sia dovuto anche alla congestione intestinale provocata dall'eliminazione dell'ossalato. Si avrebbe una condizione paragonabile all'attacco gottoso, in cui gli urati determinano uno stato irritativo e flogistico nei tessuti ove si depongono. I cristalli di ossalato calcico si formano, infatti, nei fondi ciechi glandolari, ove producono necessariamente piccole erosioni, grazie ai loro spigoli e angoli, e quindi una congestione attiva; d'altra parte la precipitazione *in situ* dell'ossalato calcico nello spessore della mucosa e della sottomucosa dà origine ad infarti ossalici in miniatura e quindi a piccole emorragie secondarie, le quali pertanto non sono dovute alla sola erosione meccanica prodotta dai cristallini ottaedrici, poco penetranti e poco taglienti, dell'ossalato. Forse in ragione della localizzazione elettiva del fenomeno nel colon trasverso, il dolore comincia sempre all'epigastrio ed offre i caratteri e l'irradiazione del dolore da irritazione del plesso solare.

I sintomi acuti — il dolore, il vomito riflesso, le emorragie — possono dunque farsi dipendere dalle lesioni intestinali, siano esse dovute ad azione diretta dell'ossalato calcico, siano secondarie ai micro-infarti.

* * *

Ma la maggior parte dei sintomi generali deve mettersi in rapporto con l'ossalemia, in quanto che questa determina una *decalcificazione* dell'organismo.

L'acido ossalico possiede infatti una intensa affinità per il calcio: molti dati stanno a provarlo. È così che nel corso dell'ossalemia si determina una sottrazione di calcio: questo viene solubilizzato, epperò esso aumenta in tutti i liquidi dell'organismo. In un caso Loeper e Béchamp ne trovarono 0.095 grammi per litro di sangue, ossia il doppio del normale. Il contenuto di calcio aumenta anche nell'urina e nelle feci: l'ossalemia si accompagna sempre ad ossaluria e ossalicopria.

Come hanno dimostrato gli esperimenti di Sarvonat e Rebattu, durante l'intossicazione ossalica la decalcificazione comincia nei tessuti molli, il cui contenuto di calcio da 0.17 scende fino a 0.10. Solo in secondo tempo vengono intaccate le abbondantissime riserve dello scheletro: se l'intossicazione continua, il contenuto di calcio dello scheletro può scendere da 49 a 37.

La speciale affinità dell'acido ossalico per il tessuto muscolare e per quello nervoso risulta da alcune esperienze di Locke e Howell, i quali hanno dimostrato che un muscolo immerso in una soluzione di ossalato sodico al 0.70 % perde la sua motilità e che la riprende se alla soluzione si aggiungono sali di calcio. Essa risulta anche dalle ricerche di varî autori, i quali hanno dimostrato che la sostanza cerebrale fissa l'acido ossalico quasi con la stessa avidità che dimostra per la tossina tetanica.

La sottrazione di calcio provocata dall'acido ossalico è sicuramente responsabile di un certo numero di disturbi. Dalle ricerche sperimentali di Arthus, Gley ed altri risulterebbe che questi sono in parte locali, come la stipsi, la mucorrea e lo spasmo del colon, in parte generali e quasi tutti di natura neuro-muscolare. Queste ricerche trovano pieno riscontro in clinica: per es. alla decalcificazione possono ricondursi l' astenia, i disturbi cardio-vascolari e particolarmente l'ipotensione, i disturbi nervosi, ecc. È risultato che una profonda denutrizione è inerente alla perdita di calcio; ora, essa è quasi costante in questi malati.

Tutto, dunque, induce a far ammettere che l' intimo meccanismo dell' azione tossica esercitata dall'acido ossalico deve ricondursi ad una decalcificazione più o meno brutale dell'organismo.

* * *

La concezione patogenetica esposta trova appoggio in alcune esperienze farmacologiche. Si è accertato, infatti, che la tossicità dell'acido ossalico può essere neutralizzata da una sufficiente quantità di calcio. Ne ha fornito la prova Decottignies; iniettando glicerofosfato di calcio insieme all'acido ossalico, questo diveniva del tutto inoffensivo. Anche il cloruro di calce si è mostrato in grado di prevenire la cachessia ossalica e la paralisi del treno posteriore negli animali intossicati con acido ossalico.

La terapia patogenetica dell'ossalemia consisterà, dunque, nella somministrazione di sali di calcio ben tollerati dall'organismo e che siano in grado di cedere la loro base. Molto raccomandabile è il glicerofosfato di calcio. Utile è anche la dieta lattea (Herter), in ragione della grande ricchezza di calce. È stato pure consigliato l'uso degli alcalini (acque minerali alcaline: Gallois).

Naturalmente sono da proscrivere tutti i cibi che contengono acido ossalico non saturato.

* * *

Restano poco intelligibili alcuni elementi della malattia, come l'anemia e particolarmente la leucocitosi.

D'altra parte non è ancora molto chiaro dove e come si forma l'acido ossalico. Generalmente si ammette che questo — tolta la frazione che deriva dai cibi — si generi nell'intimità dei tessuti, cioè che sia un prodotto di viziato metabolismo; per altro Baldwin ha dimostrato che può originarsi anche direttamente nell' intestino, in seguito a processi fermentativi e putrefattivi; secondo Herter, questa produzione è sovratutto abbondante nell'ipo- e nell'acloridria; infine De Sandro fa entrare in azione uno speciale microrganismo, il « Bacillus oxalatigenes », atto a trasformare l'amido in acido ossalico.

Resta da precisare l'importanza relativa della genesi intestinale dell'acido ossalico.

Comunque, la causa prima dello stato morboso descritto ci sfugge.

Per questo motivo non può neanche istituirsi una cura eziologica.

L. VERNEY.

TERAPIA.

Trattamento e maltrattamento dei tubercolotici.

G. E. Bushnell (*American Journal of Tuberculosis*, lug. 1918) si occupa della tubercolinoterapia dei tubercolotici. Egli dichiara di averne spesso visto effetti disastrosi. Le forme avanzate della malattia vengono più o meno gravemente danneggiate da questo pericoloso trattamento. I soli casi in cui si può discutere sulla convenienza di ricorrervi, sono quelli iniziali o lievi, per i quali si ha meno bisogno di aiuto.

I pazienti dei sanatorii, i quali presentano quasi tutti forme torpide, inattive, ad andamento cronico, anche se dichiarate acute, tollerano il rimedio e qualche volta pare che ne profittino: ciò spiega le opinioni dei medici sanatoriali, favorevoli alla tubercolina.

Ma i medici ospedalieri e i medici pratici, la cui pratica si estende agli stadî nettamente dichiarati della malattia, sono ben poco entusiasti della tubercolina. Negli ospizi per tubercolotici, che accolgono di preferenza forme avanzate, questo rimedio non si è mai fatto strada.

L'A. è convinto che i casi di tubercolosi attiva risentano tutti più danno che benefizio dalla tubercolina. Negli altri casi essa è da usare con prudenza, cominciando con dosi minime, infinitesimali. Nelle mani di un medico poco sicuro di sè, la tubercolina diviene un'arma terribilmente insidiosa, non raramente letale.

* * *

Nello stesso fascicolo G. V. Wright rileva come sia facilissimo di pregiudicare i tubercolotici con prescrizioni poco ponderate.

Esempi. Un soggetto con cuore mal compensato può essere inviato in una stazione a 1500-2000 metri di altitudine. Un soggetto le cui risorse finanziarie sono limitate, può essere indotto ad entrare in un sanatorio costoso, che diverrà sorgente di infinite preoccupazioni per lui e la sua famiglia, col risultato di neutralizzare i benefizi della cura... Il riposo protratto a letto può trasformare in un invalido un tubercolotico iniziale, che sarebbe forse guarito clinicamente, prescrivendo una cura più avveduta. Si può procurare una gastro-enterite medicamentosa per mezzo del creosoto o dei suoi derivati.

E così via.

L. V.

Sul trattamento della malaria chinino-resistente.

C. Seyforth (*Berliner klin. Wochens.*, 10 giugno 1918) si occupa del trattamento profilattico e di quello curativo della malaria chinino-resistente.

Per impedire che si stabilisca l' assuefazione alla chinina, importa sovratutto di praticare una somministrazione discontinua, intervallare, dell'alcaloide specifico.

L'A. trova utile, inoltre, di cambiare la via di somministrazione. Non è partigiano delle forti dosi: si limita ad 1 gm. *pro die*. Ecco il suo paradigma: per 8 giorni iniezioni intramusco-

lari; 5 giorni di riposo; per 8 giorni somministrazione orale; 5 giorni di riposo; per 6-8 settimane somministrazione orale per 2 giorni consecutivi ogni settimana. Dosi fisse di 1 gm.

I casi cronici trattati male o con dosi insufficienti richiedono la sensibilizzazione e la mobilizzazione preliminare dei parassiti.

All'uopo l'A. raccomanda di sospendere la cura per 2-4 settimane e poi di somministrare il neosalvarsan insieme alla chinina, in questo modo: per 8 giorni iniezioni intramuscolari di chinina come sopra, ma al 5° giorno iniettare anche 45 centigr. di neosalvarsan (al mattino questo rimedio ed alla sera l'alcaloide); far seguire due giorni di chinina per os; il trattamento è poi continuato come sopra.

Nei casi cronici è utilissima, durante la convalescenza, la cura arsenicale, come ematogena.

L. V.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La nuova patologia della sifilide.

A. S. Warthin (*American Journal of Syphilis*, lug. 1918) osserva che si continua a parlare correntemente di *gomme sifilitiche*, quasi che costituissero la lesione tipica della sifilide terziaria e della sifilide latente, mentre invece molte ricerche hanno ormai dimostrato che la grande maggioranza dei casi di sifilide decorre senza alcuna produzione di granulomi gommosi.

L'A. ha approfondito lo studio del problema, con numerose neuroscopie, corredate di ricerche microscopiche.

La lesione essenziale della sifilide tardiva o latente è data, secondo queste ricerche, da un processo irritativo o flogistico ordinariamente di modico grado, caratterizzato da infiltrazione linfocitaria e plasmatica nello stroma connettivale e particolarmente intorno ai vasi sanguigni e linfatici, con lieve proliferazione del tessuto, eventualmente con indurimento fibroso, con atrofia e degenerazione degli elementi differenziati. Non è dunque affatto il caso di parlare di gomme.

Queste reazioni sono provocate dalla localizzazione di spirochete relativamente avirulente. Le spirochete sono state osservate dall'A. in tutti i tessuti ed in tutti gli organi, ma si riconoscono più facilmente nel sistema nervoso, nel cuore, nell'aorta, nel pancreas, nelle capsule surrenali e nei testicoli. La localizzazione nei testicoli e nelle vie seminali spiega la frequente contaminazione del feto e della madre, per mezzo dello sperma.

Il luetico può considerarsi come un *portatore* di spirochete. La sifilide tende a divenire un processo poco attivo: si viene quasi a stabilire una tolleranza reciproca dell'organismo e degli ospiti. L'equilibrio però può esser rotto: sotto l'influenza di cause svariate, la suscettività dei tessuti aumenta, ovvero aumenta la infettività e virulenza delle spirochete; allora la malattia torna di nuovo sull'orizzonte clinico. Ma per solito gli effetti disastrosi dell'infezione luetica richieggono molti anni per il loro pieno sviluppo, e nei tessuti non si hanno che lesioni poco appariscenti e poco caratteristiche, che nulla hanno da fare con le gomme.

L'A. richiama l'attenzione, infine, sull'importanza della ricerca degli spirocheti a scopo diagnostico, da lui eseguita con la colorazione di Levaditi. È valendosi di questo mezzo egli ha dimostrato la lue nell'enorme proporzione 40% circa delle autopsie, mentre le antiche statistiche davano il 7% appena. Evidentemente la Wassermann resterebbe negativa in un numero assai elevato di casi di sifilide latente. L. V.

VARIA.

Le idee di Rabelais sullo stomaco. — Le idee di Rabelais su quest'organo — nota Douglass W. Montgomery (*Medical Record*, 1918, 769) — erano molto limitate: egli ne conobbe l'esistenza e la funzione di sacco per raccogliere il cibo. Ma ebbe qualche nozione nuova. Così fece attenzione al fatto che il bere scorre sulla lingua e giù per l'esofago sino allo stomaco e non va ai polmoni per la via dell'aspera arteria, come opinavano Platone, Plutarco, Macrobio.

Il vino non era allora ritenuto ciò che è oggi, cioè un alcool generato dall'azione di germi sullo zucchero, ma una spirituale essenza facilmente transustanziata in un fluido infinitamente più spiritualizzato: il sangue di Cristo. Sarebbe perciò perfettamente logico, per un mistico, il pensare che un tal fluido dovesse prendere la medesima via dell'aria respiratoria. La correzione di Rabelais, da questo punto di vista, non era dunque una osservazione oziosa.

Uno dei fenomeni più interessanti della fisiologia dello stomaco è la fame e molto si è discusso se tale sensazione sia collegata o meno con l'organo in parola. La disperazione alla quale conduce la fame impressionò profondamente Rabelais, ed egli ha scritto un capitolo notevole sul dominio assoluto di Messer Stomaco, che non ha orecchi e non sente nulla e davanti al quale i signori e i re si piegano in obbedienza.

La frase «i clamori dello stomaco», che accompagnano le sue contrazioni dolorose, è un frequente modo di esprimere un intenso desiderio di cibo. In *Pantagruel* si leggono frasi come

queste: « Mon estomac aboie de male faim comme un chien », oppure: « Mon estomac brait de mal rage de faim », che ricordano l'oraziano *latrantem stomachum*.

Rabelais cita l'aforisma di Ippocrate che notava come i vecchi sopportino meglio l'astinenza, mentre gli adolescenti molto meno e infine gli infanti, specie i più vivaci, sono assolutamente impazienti di fronte alla fame.

Per il medico, nell'esercizio quotidiano della sua professione, sono molto importanti i piaceri della tavola, poichè egli deve conciliare la loro soddisfazione con l'osservanza temperata, affinchè non ne soffra la salute.

E Rabelais vi si sofferma: nella sua descrizione della fisiologia della digestione, dice che l'appetito è causato dalla *bile nera*, acuta, trasmessa dalla milza, la quale agisce sull'orifizio dello stomaco, reclamando l'introduzione di cibo. Ma questa atrabile, che ha origine galenica, così importante nelle concezioni dell'antica fisiologia, non fu mai dimostrata.

In un'isola Pantagruel incontrò una razza di uomini che adoravano come onnipotente sovrano, Messer Stomaco. Essi formavano una strana generazione: alcuni allegri, ghiotti, molli, altri acri, gravi, severi e stucchevoli. Erano detti « adoratori della pancia ». Frate Giovanni non può essere confuso fra questi, benchè fosse un generoso mangiatore e un bevitore strenuo, da passare alla storia per antonomasia!

Sul mare, in una serata calma, Pantagruel e i suoi compagni, per passare il tempo si domandavano come sarebbero state fatte molte cose nel mondo. E Xenomane cercò di sapere come lo stomaco fosse così equilibrato, così da non rovesciarsi mai, da una parte piuttosto che dall'altra: un tale quesito gli era sorto nella mente dal rullìo della nave ed è un problema che ha poi richiesto delle dilucidazioni al tavolo anatomico e su quello operatorio.

G. BILANCIONI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Prof. D. B. RONCALI. *Trattato dei neoplasmi maligni preceduto da uno studio sulle infezioni chirurgiche in generale.* Due volumi in 4° di complessive pagine CXXVIII, 1894, con 214 figure intercalate nel testo e 11 tavole a colori. Lire 68. Unione Tipografico-Editrice Torinese.

L'opera del Roncali edita in un grosso e magnifico volume, può dirsi interamente nuova e personale in quanto mena a tutt'altra concezione di quella che fin adesso si aveva intorno all'entità patologica « *Carcinoma* ». L'A. prendendo le mosse dall'osservazione clinica incomincia col premettere che i carcinomi epiteliali e connettivali debbono essere considerati come la risultanza o il prodotto di un'intensa *reazione* di un organismo ospite contro la *azione* di un organismo parassitario specifico e in conseguenza analoghi ai processi infettivi od infiammatori in genere e ai granulomatosi o nodulari in ispecie.

Attorno a questo principio cardinale si impernia tutto il dottrinale dell'opera, che ne rappresenta la dimostrazione.

Per conseguire l'obbiettivo prefissosi, l'autore incomincia per trattare del *Concetto di infiammazione* che forma la *parte prima* dell'opera; e dopo enunciate le ragioni perchè il processo infettivo sia necessariamente l'equivalente dell'infiammatorio e perchè sia indispensabile includere fra i fattori dell'infiammazione unicamente i parassiti e i loro antigeni ed escluderne gli irritanti traumatici, termici e chimici dimostra, che l'essenza di qualsiasi processo infiammatorio non può altrimenti intendersi, se non come una lotta per l'esistenza fra i poteri di offesa di un parassita, e i poteri di difesa dell'ospite.

Nella *parte seconda* in cui è esposta la *classificazione delle infezioni od infiammazioni chirurgiche* e che insieme con la precedente forma i preliminari o meglio l'introduzione allo studio delle neoformazioni maligne, l'autore divisi i processi infettivi od infiammatori in dieci classi e dimostrato l'assurdo in cui persevera la maggioranza dei patologi ammettendo una stretta parentela fra neoformazioni maligne e benigne proclama la necessità di separare i neoplasmi maligni dai benigni e di unire i primi fra i processi infettivi od infiammatori particolarmente granulomatosi e i secondi fra i processi di semplice ipertrofia ed iperplasia.

I *criteri anatomi-patologici e clinici in virtù dei quali le neoformazioni maligne debbono andare disgiunte dalle benigne e ritenersi infezioni od infiammazioni « sui generis »* formano l'argomento della *parte terza* dell'opera. Sulla scorta del modo di riprodursi delle cellule carcinomatose; della loro funzione glicogenica ed ipercromatica; della natura delle degenerazioni che possono incoglierle nel carioplasma e nel citoplasma; e su quella altresì dello studio delle reazioni cianofila, leucocitaria e stromatica nei tessuti neoplastici; della maniera molteplice di generare le metastasi dei carcinomi, nonchè della proprietà che essi hanno di

determinare l'intossicazione generale dell'ospite per cachessia, l'autore conclude: che dal punto di vista clinico e anatomo-patologico le neoformazioni maligne costituiscono l'ultimo anello della catena di processi infettivi od infiammatori, della quale il primo è dato dai processi acuti, e che dal punto di vista istologico bisogna ammettere che il *carcinoma ricapitola l'infiammazione*, nel senso, che un processo carcinomatoso prima di costituirsi tale, deve passare attraverso lo stadio precarcinomatoso; in altre parole, che gli elementi cellulari che ne formano l'intima compagine, avanti di diventare definitivamente carcinomatosi, percorrono tutte le fasi che intercedono fra le cellule delle flogosi acute e quelle delle flogosi cronicissime; onde l'affermazione dell'autore che *come in fisiologia la ontogenesi è la ricapitolazione della filogenesi, così in patologia la carcinogenesi è la ricapitolazione della flogogenesi.*

L'etiologia dei neoplasmi maligni, con la quale si inizia il volume secondo, forma la *parte quarta* dell'opera e rappresenta la dimostrazione sperimentale di quanto gli studi anatomo-patologici e clinici avevano già provato, che cioè i carcinomi debbono necessariamente riconoscere come causa genetica dei parassiti specifici, per concludere anzi che è mestieri raffigurare il complesso degli elementi cellulari che formano la massa carcinomatosa come un'enorme colonia di parassiti, il cui terreno di nutrizione è costituito dall'organismo ospite.

Nella *parte quinta* è svolta la *patogenesi dei neoplasmi maligni*. In questa parte sono enumerati tutti i fattori che predispongono determinate cellule dell'organismo dell'uomo e dei vertebrati superiori a diventare il punto di partenza di un blastoma, ove queste cellule rimangano modificate nel loro biochimismo dall'azione dei parassiti specifici e dei loro antigeni.

Con la *parte sesta* in cui viene discussa la *terapia dei neoplasmi maligni* ha termine l'opera. Questa parte, senza dubbio, è una delle più elaborate, originali ed importanti dello intiero lavoro. Qui l'autore con una critica rigorosa ed imparziale espone dettagliatamente la *terapia naturale* e la *terapia artificiale* che distingue, in *profilattica, palliativa, sintomatica* e *radicale* e quest'ultima infine suddivide, in *empirica, scientifica* e *chirurgica*.

Nella *terapia empirca* comprende i metodi: *farmacoterapico, opoterapico, ectomioterapico, bacterioterapico, toxinoterapico, vaccinoterapico, sieroterapico empirico* ed *istoterapico*; nella *terapia scientifica* discute i metodi: *chemioterapico* e *sieroterapico propriamente detto* o *scientifico*; e finalmente nella *terapia chirurgica* include i metodi: *piroterapico, crioterapico, fototerapico propriamente detto, elioterapico, radioterapico, radiumterapico, elettroterapico, ischemioterapico, iperemoterapico* ed *exeresiterapico*.

L'A. pone fine all'opera colla discussione dell'*exeresi chirurgica* e dopo vagliati, al lume di una critica rigorosa, i risultati prossimi e remoti consecutivi all'intervento operatorio, scaturiti dallo studio delle statistiche delle exeresi per i carcinomi dei differenti tessuti ed organi, e constatato, che nella grandissima maggioranza delle contingenze, nonostante che l'exeresi sia stata ampia, la Chirurgia si è appalesata impotente a guarire radicalmente le neoformazioni maligne, dimostra che l'avvenire della terapia dei carcinomi sarà l'intervento operativo, accoppiato alla iniezione di sostanze chemioterapiche o di immunsieri specifici, cioè a dire la «*terapia combinata*», la quale non potrà mai effettuarsi, nè con un'unica specie di immun-siero e nemmeno con un'unica sostanza chemioterapica; ma con tanti immun-sieri e con tante sostanze chemioterapiche, per quante specie di parassiti, le indagini future avranno riconosciute causa specifica dei carcinomi umani.

Pregi sommi di questa opera, che abbiamo cercato di riassumere nel modo più breve, sono, ai nostri occhi, la forma tersa e lucida del dettato, veramente italiana; la chiarezza e l'imparzialità della discussione critica, e sopratutto il convincimento dell'Autore che lo sospinge a dichiarare con piena schiettezza di non stimare l'opera propria come rappresentante l'ultima parola intorno alla complessa quistione dei neoplasmi maligni; essendo egli di opinione «*che così in Politica come nelle Scienze, mentre è da Uomini sapienti e liberi, e non indice di leggerezza d'animo, mutare talvolta consiglio nei convincimenti, non è nemmeno mancanza di onestà pensare, dire o scrivere oggi diversamente da quello che ieri si è pensato, detto o scritto; poichè il biologo degno di questo nome non sarà mai nel caso di asserire, che i suoi convincimenti dell'oggi non potranno, in un prossimo domani, essere modificati a addirittura distrutti da altri convincimenti generati da nuove verità, scaturite da osservaioni cliniche più esaurienti e da più completi risultati dell'indagine sperimentale*».

A queste savie parole plaudiamo a due mani.

T. FERRETTI.

Il Fascicolo 2 (1° febbraio) della nostra Sezione Medica, contiene:

I. Dott. E. MINGAZZINI. *Contributo clinico ed Anatomo-patologico allo studio dell'adiposi dolorosa.*

II. Dott. I. ROMANELLI. «*Le albuminurie non nefritiche.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Et audietur altera pars.

Da qualche settimana su giornali politici e giornali medici compaiono querimonie sul modo col quale si provvede alla smobilitazione del corpo sanitario militare. Si deplora la eccessiva lentezza con la quale si mandano a casa i medici, il ritardo col quale si smobilizzano le formazioni sanitarie nella zona di guerra e nella zona territoriale. Ma se si considera il vero stato delle cose con animo sereno apparirà sensa dubbio che tali deplorazioni sono per lo meno eccessive se non sono addirittura ingiustificate.

Il Corpo Sanitario ha finora provveduto al congedamento di 11 classi (dal 1870 al 1880) mentre le altre armi ne hanno nello stesso tempo congedate 7 (dal 1874 al 1880) ad onta che il Corpo Sanitario non abbia medici oltre la classe 1892 (mentre le altre armi ne traggono fin dalla classe 1900) ed abbia congedati studenti in medicina e professori universitari con provvedimento adottato finora esclusivamente pel personale sanitario. Alla ulteriore riduzione del personale sanitario si procede con ogni energia dall'Autorità Sanitaria militare, per quanto è consentito non solo dalle imprescindibili esigenze organiche dell'ordinamento militare, ma dalle necessità sanitarie considerate in sè, le quali, se sono *riducibili* con quel semplicismo mentale che mostrano gli incoscienti non medici, o i medici interessati, non sono affatto *ridotte* nella misura pretesa. In zona territoriale trovansi anche oggi ricoverati oltre centomila infermi; 25 mila posti devono tuttora essere tenuti a disposizione del Comando Supremo per ragioni che solo ad esso spetta di valutare e di cui perciò non deve essere chiesto conto all'Autorità Sanitaria; gli ospedali infettivi e contumaciali hanno molti letti disponibili, grazie al cielo, per mancata saturazione, ma non conviene sopprimerli, poichè l'Italia è tuttora rallegrata, oltre che dalla cosidetta influenza, dalla presenza discreta d'altre malattie infettive.

Si tenga presente inoltre che l'Esercito si smobilita non per vie canalizzate, ma *a cataratte* e gli aventi diritto a risarcimento, non potendo avere un sollecito accertamento sanitario — per deficiente potenzialità dei collegi medici — vanno in gran numero in congedo per accamparsi da liberi cittadini contro lo stato ed in *terreno sanitario*. E al riguardo che vivrà **vedrà!**

Ad onta di tutto ciò, in poco più di due mesi è stato disposto il ricollocamento in congedo di oltre *seimila* medici e ne restano in servizio militare e civile poco più di altrettanti per la zona territoriale e di guerra (Colonie ed Egeo compresi).

Prodotto di tre mesi? No, solo di venti giorni d'azione, poichè, dalla data dell'armistizio sono occorsi gli indispensabili preliminari e cioè accordi col Comando Supremo, col Ministero dell'Interno, col Ministero P. I., tutti più o meno inizialmente fermi nell'esclusivismo del proprio punto di vista, rispondente alle rispettive gravi necessità e che la sanità militare è riuscita a conciliare con criteri che tutti ormai riconoscono equi ed illuminati.

Due mesi, dunque, non sono passati inutilmente ai fini del provvedimento: non si deve dimenticare che..... ogni parto ha il suo periodo di dilatazione del collo, durante il quale la partoriente più lavora, più soffre e più lascia insoddisfatti gli impazienti.

Non c'è poi da meravigliarsi che il servizio sanitario civile nelle terre liberate e redente sia disimpegnato da ufficiali medici, rispondendo tale provvedimento ad una assoluta necessità, a meno che non si pretenda che per quelle derelitte popolazioni il servizio sanitaro si ripristini quando l'Amministrazione comunale (da ricostruirsi) bandisse i *relativi concorsi*.

E non c'è neanche da scandalizzarsi se i 1400 medici comandati a servizio antinfluenzale, ormai ridotti a qualche centinaio, abbiano percepito 25 lire di indennità, quando — cessate le ostilità — il posto della loro azione era divenuta la trincea più avanzata, nella quale parecchi colleghi lasciarono la vita senza neanche la soddisfazione del ritorno alla zona di guerra.

I detti Ufficiali medici del resto vennero messi dal Ministero della Guerra ad esclusiva e completa disposizione del Ministero dell'Interno che li impiegò e li spostò da una sede all'altra a seconda che le esigenze reclamassero. E non c'è da strillare se una volta tanto i medici sono stati trattati economicamente in modo conveniente.

E chi ha vissuto l'ansia angosciosa di quella fase della nostra miseranda vita nazionale non trova certo da ridire se alcuni ufficiali medici dopo la vita errabonda e irta di privazioni e di pericoli tra le popolazioni civili infestate dalla epidemia, siano poi per avventura capitati nella propria condotta dove avranno finalmente goduto un po' di riposo, ma non certo la lautissima prebenda delle indennità che purtroppo ad essi non viene corrisposta.

dottor N. N.

Pubblichiamo volentieri la nota del dottor N. N. perchè tutte le opinioni siano note e perchè la discussione del difficile problema della smobilitazione non proceda in modo unilaterale. È opportuno non si incorra in eccessi che possono risultare dannosi tanto agli interessi dello Stato quanto agli interessi della classe medica. Abbiamo appreso i criteri seguiti dal Ministero della guerra nel procedere alla smobilitazione del Corpo Sanitario militare, ma insistiamo sempre nel nostro concetto che ad una più rapida soluzione del problema si potrà addivenire se il congedamento per classe sia affrettato, trattenendo alle armi solo i medici che desiderano di rimanere ancora ufficiali di complemento. Saranno così contentati gli impazienti e quelli che non vogliono smettere la onorata divisa. Questi ultimi non son pochi e la Direzione di Sanità militare ne potrà mettere assieme tanti e tali da poter mettere su un Corpo Medico militare sufficiente a tutte le esigenze. Facendo altrimenti

si creeranno solo degli scontenti. E gli scontenti non hanno mai prestato un utile servizo. E dall'altro canto meritano pure di essere trattati con riguardo coloro che dopo aver tutto dato hanno il legittimo desiderio di non essere congedati immediatamente e di essere buttati via come una buccia di limone premuta. Si tenga conto delle sollecitazioni degli impazienti, ma si tengano anche nella dovuta considerazione gli interessi degli altri.

Cronaca del movimento professionale.

Agitazione fra i Medici supplenti delle Ferrovie. — Si sono riuniti recentemente a Reggio Calabria, nella sede dell'Ordine dei Medici, i Sanitarî Supplenti delle Ferrovie per reclamare la loro sistemazione in pianta organica.

La riunione fu presieduta dal Presidente dell'Ordine, prof. T. Evoli, il quale illustrò i motivi dell'agitazione.

Fu votato all'unanimità il seguente ordine del giorno:

« I Medici supplenti delle Ferrovie di Stato (linee calabresi) radunati il 29 gennaio 1919 nei locali dell'Ordine dei Medici di Reggio Calabria per avvisare ai mezzi onde provvedere alla tutela dei loro diritti

fanno voti

che la Direzione Generale delle Ferrovie — uniformando la sua condotta a quella di altre Amministrazioni dello Stato, degli Enti locali e della stessa Amministrazione delle Ferrovie verso gli avventizi assunti durante il periodo di guerra — voglia, in riconoscimento dell'opera per varî anni prestata, provvedere alla loro sistemazione in pianta stabile, senza lesione dei diritti dei titolari; e danno mandato ad una Commissione composta dal Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, dal Presidente dell'Associazione Nazionale dei Medici Ferroviari, dal collega Evoli, in rappresentanza dei Medici Calabresi, e da altri colleghi in rappresentanza dei Medici delle altre Regioni, perchè il più presto possibile si rechi a Roma per esporre i desiderata dei Medici supplenti delle ferrovie al Ministro dei trasporti, al Direttore Generale delle Ferrovie e al Capo del Servizio Sanitario ».

Appello alla pietà delle famiglie dei medici.

Riceviamo e pubblichiamo:

Io vorrei nel suo diffusissimo giornale rivolgere un appello alle mogli dei medici perchè mi aiutassero a compiere un'opera buona; si tratta di una giovinetta figlia orfana di un medico condotto, che già, nell'istituto per gli orfani dei medici, ebbe l'educazione e la professione di maestra. Questa giovinetta che vive colla sua professione, da circa due anni è ammalata, e la anemia con esaurimento nervoso che si è tanto sperato vincere, ora minacciosamente mostra caratteri d'indole specifica. La poveretta ha dovuto chiedere l'aspettativa nella scuola e trovasi in pietose condizioni materiali e morali, non avendo nessun parente che possa aiutarla a curarsi. Io spero che ogni donna di cuore, pensando a questa povera giovinezza infranta, sentirà come me, imperioso il bisogno di correre in suo aiuto, e di offrirle i mezzi per tentare con cure adatte e in un clima mite, la cura del terribile male che l'insidia. Non è forse un po' anche figlia nostra, questa figliuola d'un medico, morto anzi tempo, sulla breccia, senza poter lasciare un pane alle sue creature? Noi famiglie di medici condotti, siamo state terribilmente provate dalla guerra, pure credo e spero che nessuna negherà il suo piccolo obolo; e per quanto piccolo (siamo tante!) sarà sempre sufficiente per provvedere a quest'infelice. Sia Ella generoso di farsi propagatore dell'opera buona.

Attendo con ansia una sua riga di risposta per mandarle per prima la mia piccola offerta.

Ossequiando

Dev.ma

LAVINIA COLUZZI BARTOCCIONI.

(Perugia) - Ramazzano.

Il Policlinico, per rispondere al pietoso appello della signora del nostro amico D.r Mario Coluzzi, apre una sottoscrizione a favore della giovinetta orfana di un medico, e offre L. 25.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Vigilanza igienica sul baliatico.

Si ricorderà che nello scorso agosto fu pubblicato un Decreto Luogotenenziale contenente disposizioni per la tutela igienica del baliatico, disposizioni intese a tutelare la salute del bambino di fronte a quella della balia, e viceversa, nonchè ad assicurare pronti e adatti mezzi di cura nei casi di sifilide riscontrati sia nelle balie, sia nei lattanti.

Sono state ora pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale* del 28 gennaio u. s. le norme per l'esecuzione di tale Decreto, norme che erano state studiate e proposte da una apposita Commissione composta del Dott. Lutrario, Direttore Generale della Sanità Pubblica, dei Professori Pestalozza ,Ducrey, Bertarelli, del dott. Basile e dell'avv. Reale.

In applicazione del principio, nuovo nella legislazione italiana, accolto col citato D. L. che, cioè, l'*esercizio del baliatico è soggetto a vigilanza sanitaria,* venne stabilito che nessuna donna può esercitare il baliatico se prima non

ha ottenuto una speciale autorizzazione del Sindaco. Tale autorizzazione viene rilasciata solo dopo l'accertamento della idoneità fisica e della buona condotta, secondo le modalità fissate dall'Ordinanza.

Nelle città, sedi di Brefotrofio, la visita medica alle donne che chiedano di essere autorizzate ad esercitare il baliatico, verrà fatta da un sanitario specializzato, quale può essere un medico addetto a tali Istituti.

Negli altri comuni dove questi mancano, la visita sarà fatta dall'ufficiale sanitario.

Interessa che risulti dalla autorizzazione la data dell'ultimo parto, come elemento di giudizio per la qualità del latte, il numero delle gravidanze e dei loro esiti (eventuali aborti, parti prematuri, nati vivi e nati morti) come dato collaterale per l'accertamento delle condizioni fisiche della balia; interessa sopratutto la data dell'ultimo certificato medico come indice della immunità da malattie infettive o trasmissibili *in atto*.

Non si ritiene di limitare la dichiarazione di immunità alla sola sifilide, essendovi altre malattie a carattere contagioso (tubercolosi, tracoma, malattie della pelle) che possono recare danno irreparabile alla salute dei lattanti.

L'aggiunta della fotografia alla autorizzazione varrà a prevenire le sostituzioni di persona.

L'Ordinanza stabilisce poi che in ogni ufficio comunale deve essere tenuto al corrente un registro contenente l'elenco delle donne residenti nel Comune, autorizzate a esercitare il baliatico, elenco ostensibile gratuitamente a chiunque ne faccia richiesta.

Essendosi stabilito l'obbligo del certificato medico, per ogni bambino — legittimo o illegittimo — affidato al baliatico, tanto se l'allevamento si faccia presso la balia, quanto se lo si faccia presso i genitori, l'Ordinanza prescrive le modalità di tale certificato, che verrà rilasciato dal medico di fiducia della famiglia. Soltanto in mancanza di esso sarà chiamato a rilasciarlo un altro medico, purchè delegato dall'Autorità Comunale. E questo potrà essere il medico condotto o l'ufficiale sanitario.

Se si tratta invece di bambino che viene affidato dal Brefotrofio o da altro Istituto consimile ad una balia, il certificato sarà rilasciato da un medico addetto a tali istituti.

Lo scopo di tale certificato è duplice:

1° garantire la salute della balia, la quale così ha la sicurezza che il bambino che essa prende ad allevare è immune da sifilide;

2° garantire i genitori verso la balia, la quale così vede aumentata la propria responsabilità inquantochè dovrà evitare la deplorevole abitudine — che si verifica spesso nei piccoli comuni — di attaccarsi al petto altri bambini con pericolo di contrarre l'infezione che, nel caso, non potrà mai attribuire al bambino che le venne affidato.

Una serie di disposizioni contenute nell'Ordinanza riguardano i provvedimenti da adottarsi quando si verificasse qualche caso di sifilide da baliatico.

Tali provvedimenti rispondono alle più moderne esigenze della profilassi di tale malattia.

Pertanto, quando un bambino venga riconosciuto affetto da sifilide, si dovrà provvedere al suo allevamento:

1° per mezzo della madre;

2° per mezzo di una balia sifilitica;

3° per mezzo dell'allattamento artificiale.

Sono note le obiezioni sollevate contro questo ultimo sistema. Siccome, peraltro, di esso non è possibile fare a meno, è necessario circondarlo di tutte le cautele igieniche atte ad assicurare la più razionale somministrazione del latte animale nei Brefotrofi, esercitando su di questi una speciale vigilanza. D'altra parte l'allattamento artificiale, quando sia rigorosamente vigilato e, sovratutto, quando abbia luogo nelle case private, può dare buoni risultati.

Fin qui si è considerato il caso del bambino sifilitico non ancora dato a balia.

Si prospetta però anche il caso del bambino che viene riscontrato affetto da sifilide dopo essere stato affidato al baliatico.

In questo caso si prescrive:

1° il divieto alla balia di allattare altri bambini;

2° un congruo periodo di osservazione per la balia onde accertare se abbia, o no, contratta l'infezione;

3° l'allevamento del bambino coi mezzi indicati nel comma precedente.

Qualora, poi, durante il periodo di osservazione la balia si riscontri anche essa affetta da sifilide, si dovrà provvedere a termini dell'articolo 4 del Decreto Legge, prescrivendosi, secondo i casi, la cura ospedaliera o la cura a domicilio della balia, che potrà continuare nell'allattamento del bambino stesso ed essere curata insieme con questo. Sempre al fine della profilassi della sifilide, si stabilisce che negli Istituti che hanno per iscopo l'allevamento del bambino (Brefotrofi — Sale di maternità ecc.) devono essere istutuiti in locali separti, reparti speciali per bambini sifilitici, i quali devono essere tenuti sempre distinti dai sani, e allevati con allattamento artificiale o per mezzo di balie si-

filitiche debitamente autorizzate. Tale provvedimento è indispensabile per una seria, efficace profilassi della sifilide, che presentemente viene compromessa dalla promiscuità in cui sono tenuti i bambini in taluni istituti.

Le nuove disposizioni danno inoltre facoltà al Ministro dell'Interno non solo di incoraggiare con speciali sussidi quelle istituzioni che si occupino della cura e dell'allevamento dei lattanti, e che, unniformandosi alle moderne esigenze della igiene infantile, ottengano favorevoli risultati nelle condizioni sanitarie dei bambini ad esse affidati, ma anche di premiare quelle levatrici che si sieno maggiormente segnalate nell'azione di propaganda di buone norme igieniche, per l'allevamento dei bambini, specialmente di quelli dati a baliatico.

L'Ordinanza prescrive, infine, la istituzione in ogni provincia di una Commissione permanente di vigilanza sul baliatico composta del Consigliere di Prefettura addetto al servizio delle Opere Pie, del Medico Provinciale e di un medico specializzato.

A parte i Brefotrofi che, per quanto abbiano, in genere, una costituzione organica ed un funzionamento disciplinato da speciali norme regolamentari, pur tuttavia non si può dire corrispondano completamente alla finalità di un razionale ed igienico allevamento dei bambini ad essi affidati, gli altri Istituti, come le scuole di puericoltura, i Dispensari per lattanti, le sale di maternità, generalmente fondati con criteri di beneficenza, non presentano le garanzie che si richiedono per una efficace tutela sanitaria del bambino.

È quindi opportuno stabilire una continua vigilanza, nei riguardi igienici, di tali istituzioni, affidandola a persone di particolare competenza ed autorità quali possono essere, oltre al Consigliere di Prefettura ed al Medico Provinciale, il Direttore della Clinica dermosifilopatica od ostetrica o pediatrica, o, in mancanza, un medico specializzato.

La Commissione stessa dovrà estendere la sua azione di vigilanza anche al baliatico che viene esercitato nei Comuni della provincia, sia per conto di Brefotrofi o di pubbliche Amministrazioni, sia per conto di privati, delegando eventualmente l'incarico di eseguire le ispezioni ad uno dei propri membri.

***

Queste sono le principali disposizioni emanate per disciplinare l'importante e delicato servizio del baliatico che, finora, quasi sfuggiva a qualunque seria vigilanza.

La necessità di prevenire il grave danno sociale derivante dal considerevole aumento, verificatosi negli ultimi anni specialmente, nella mortalità dei bambini affidati al baliatico, ha indotto il Ministro dell'Interno a stabilire tali disposizioni che appariscono dettate da un sacro dovere civile e umanitario, poichè mirano a risparmiare un grande numero di esistenze coll'assicurarne la vitalità.

È infatti supremo interesse dello Stato nell'ora presente in cui tante giovani e vigorose esitenze sono state immolate alla Patria, rivolvere le sue premurose cure a salvaguardare la salute delle future generazioni, che dovranno nel fecondo lavoro della pace consolidare la grandezza della nostra nazione.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7602) *Indennità caro-viveri.* — Dott. M. D. G. da M. Effettivamente, anche ora, non si può concedere indennità caro-viveri ad impiegati comunali, il cui stipendio annuale superi le lire 4500. Per determinare lo stipendio che percepisce il sanitario di Comuni consorziati bisogna unire e sommare tutte le quote che corrispondono i varii comuni. E poichè eseguita tale somma risulta che Ella percepisce più di L. 4500 di stipendio, non può ottenere la indennità caro-viveri. Tenuto, però, conto che scarso è lo stipendio di fronte al lavoro faticoso che deve sostenere per il servizio della condotta e tenuto conto delle attuali condizioni di vita, che richiedono una spesa maggiore dell'ordinaria, non sarebbe inutile avanzare domanda ai singoli Comuni consorziati od alla G. P. A. per un congruo aumento ai sensi dello articolo 26 della vigente legge sanitaria.

(7603) *Indennità agli ufficiali da inviarsi in congedo.* — Dott. F. B. da R. Ai medici esonerati dal servizio militare perchè in condotta non competono le indennità stabilite dal D. L. del 16 gennaio 1919, n. 17, in quanto che coloro che si trovano in condotta perchè esonerati non sono *collocati* in congedo, ma già si trovano in congedo.

(7604) *Morti a causa del servizio.* — Dott. P. B. da G. Se la morte del sanitario possa o meno ritenersi prodotta dal servizio o da causa da esso dipendente è quistione di fatto che va risoluta con la esibizione alla Cassa di previdenza di un certificato di un medico civile in cui sia dichiarato esplicitamente che la morte del sanitario deve ritenersi avvenuta per esclusiva ragione delle sue funzioni. Sulle circostanze espo-

ste nel certificato il Prefetto, eseguite le opportune indagini, stenderà dettagliato rapporto che è inviato, insieme con gli altri documenti, alla Direzione Generale degli Istituti di previdenza per i successivi provvedimenti. La Direzione Generale può nel merito richiedere il parere della Direzione Generale della Sanità pubblica. Faccia quindi la domanda e la munisca dei documenti prescritti, attendendo che sul caso occorso, si pronunzino le competenti autorità sanitarie.

(7605) *Contributo del centesimo di guerra.* — Dott. G. D'A. da C. Come la stessa parola lo indica il centesimo di guerra non è una tassa ma un contributo e perciò esso è dovuto anche da coloro che per capitolato hanno il diritto di ricevere lo stipendio esente da *ogni qualsiasi tassa.*

(7606) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. abbonato 4191. Allorchè dal servizio di condotta fu chiamato sotto le armi Le competevano due mesi di stipendio intero a carico della amministrazione municipale. Non avea poi alcun diritto di esigere a carico di essa altri tre mesi di stipendio per i due anni e nove mesi passati in servizio, perchè nessuna legge stabilisce tale speciale indennità. A Lei come ufficiale medico proveniente dalle categorie in congedo, che ha prestato oltre un anno di servizio militare e che fu congedato il 19 luglio 1918 compete la indennità di lire 250 stabilita del D. L. del 16 gennaio ultimo, n. 17. Le compete inoltre anche la indennità speciale di due mesi di stipendio per il primo anno e di un sol mese pel secondo ai termini del D. L. del 14 novembre 1915 n. 1613.

(7609) *Condotta piena - Riduzione pei soli poveri.* — Dott. R. Z. da B. sul P. L'iniziativa per ridurre la condotta al solo obbligo di legge deve essere presa dal Consiglio Comunale e la relativa deliberazione deve essere approvata dalla autorità tutoria e dal Consiglio Provinciale di Sanità. Trattandosi di argomento di interesse generale e di ordine pubblico, prevalenti entrambi di fronte al privato tornaconto il medico condotto non può prendere alcuna iniziativa al riguardo.

(7610) *Medici militari in servizio civile.* — Dott. P. C. da V. Il medico militare destinato a prestar servizio civile, riceve la differenza dello stipendio dal Comune di cui è titolare, non da quello ove momentaneamente risiede.

(7611) *Concorsi per la nomina a medici condotti.* — Dott. A. D. M. da T. Nessun concorso può essere bandito per la nomina a posti di medico condoto per la durata dello stato di guerra che, cessa, naturalmente, con la pubblicazione della pace. Ciò fu stabilito dal R. D. del 31 agosto 1915 n. 1420 articolo 3°.

(7613) *Aumento dello stipendio.* — Dott. abbonato 707. Sullo stipendio di lire 3700 compete l'aumento annuo di lire 885 in base alla graduazione stabilita dal D. L. del 10 febbraio 1918.

(7614) *Concorso a posto di medico condotto.* — Dott. P. L. da G. Essendo Ella un semplice interino e non titolare della condotta, non ha diritto di riprendere il posto all'atto del congedamento dal servizio militare. Al collega che copre attualmente la condotta nessuno impedisce di prendere parte al concorso quando sarà bandito perchè la riforma dal servizio militare non è causa di esclusione dai concorsi per la nomina a medico condotto.

(7607) *Dimissioni.* — Dott. L. C. da S. Non essendo stabilito nè nel capitolato nè nella deliberazione di nomina, ormai scaduta, alcun termine per la presentazione delle dimissioni, può presentarle al Sindaco in qualunque tempo, salvo a prefiggere un breve termine in cui il Comune possa trovare altro sanitario per sostituirla. Secondo le consuetudini locali più in uso, tale termine può essere anche di un mese.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 9662:

Nel *Bollettino ufficiale* n. 62 del 27 sett. 1918 figura come decorato della Croce di guerra un Tomasetti Luigi di Antonio, tenente di fanteria.

In detto Bollettino non figurano le motivazioni.

Nessun Tomasetti Luigi, tenente medico, risulta fra i decorati.

Al dott. F. U.:

La Presidenza della Commissione ha sede a Firenze (Via Lamarmora, n. 8).

Al dott. B. G. da M.:

All'abb. n. 6667:

Gli esoneri non vengono mai prorogati illimitatamente e ciò per ovvie ragioni.

All'abb. n. 2915:

Nessuna classe di medici militari è stata per ora congedata, però si ha ragione di ritenere che sia imminente, pei medici, il congedamento di parecchie classi anziane.

All'abb. n. 4883:

All'atto del congedamento le spettano due mensilità di stipendio, più un altro mese per ogni anno trascorso in servizio.

Circa i diritti alla licenza Ella li ha eguali a tutti gli altri ufficiali medici del suo grado, ai quali ora viene concessa la licenza solo subordinatamente alle esigenze del servizio.

All'abb. 7924:

L'indennità le spetta dalla data della sua assunzione in servizio quale ufficiale di complemento. Si è già più volte detto che i congedamenti dei medici, *fino ad oggi*, non sono avvenuti che per la via degli esoneri. Ciò non esclude che presto non possano essere adottati altri criterii.

All'abb. n. 7296:

Gli ufficiali medici non sono stati compresi in quel decreto.

Ella quindi allo scadere della sua licenza si deve presentare alle autorità militari dalle quali dipende.

All'abb. S. D. F. da M.:

Per le notizie che Ella desidera avere sulle polizze assicurative dei combattenti, si rivolga al competente Ufficio informazioni: Via S. Susanna, n. 17, Roma.

All'abb. n. 9749:

Non vi sarà certo da attendersi eccessiva larghezza nell'applicazione del decreto. Gli assistenti universitarii figurano effettivamente come impiegati dello Stato, anche agli effetti del libretto di viaggio, e quindi, probabilmente, saranno accomunati ad essi nella erogazione dei mesi di stipendio in più, all'atto del congedamento.

All'abb. n. 1279:

Oltre i due mesi di stipendio che spettano a tutti gli ufficiali ricollocati in congedo, verrà dato in più lo stipendio di un mese, per ogni anno ulteriormente trascorso in servizio. Così le ultime disposizioni.

Al dott. B. G. da M.:

I congedamenti degli ufficiali medici, a qualsiasi classe essi appartengano, non vengono fatti per classi di leva, ma in seguito a richiesta di esonero personale.

All'abb. n. 2655:

Ella potrebbe far domanda che la sua malattia fosse riconosciuta come dipendente da causa di servizio agli effetti di un provvedimento di indennità o di pensione in relazione ad un qualche postumo, che eventualmente Le fosse residuato. All'infuori di questo, null'altro Ella può reclamare, inquantochè l'Amministrazione militare era libera di collocarlo in congedo tutte le volte che giudicasse di non aver più bisogno dell'opera sua.

All'abb. n. 2507:

L'indennità di cui Ella parla spetta *a tutti* gli ufficiali che vengono ricollocati in congedo.

Per ora nessuna indennità speciale è stata stabilita per il personale dei tubercolosarii militari.

M. G.

MEDICINA SOCIALE.

Provvedimenti igienico-sanitari nel dopo-guerra.

La Sezione per l'igiene sociale della *Commissione per il dopo guerra* ha tenuto un nuovo ciclo di sedute nei giorni 26 a 28 gennaio u. s., sotto la presidenza del sen. Durante, e dopo ampia discussione ha approvato gli Ordini del giorno che qui riproduciamo:

Opportunità di creare un organismo che assuma la direzione di tutta la politica sanitaria del Regno (relazione dell'on. Pietravalle).

La Sezione 24ª della Commissione pel dopoguerra, considerando che còmpito dello Stato, per migliorare e proteggere la sanità fisica delle popolazioni, fonte prima della sua potenza e della sua felicità, è non solo quello di tutelarle dalla diffusione delle comuni infezioni endemiche od esotiche, ma di difenderle, con una più vasta e complessa politica sanitaria, dai crescenti pericoli e danni che gravi malattie sociali e professionali preparano e seminano fra ogni classe di cittadini, ma specialmente fra quelle lavoratrici della grande industria e della agricoltura;

Considerando che una intima e molteplice solidarietà avvince la preparazione, manifestazione e diffusione delle ordinarie malattie infettive, come di quelle a carattere sociale e di quelle del lavoro, in guisa da richiedere un solo ed organico piano di difesa sanitaria della popolazione, guidato da una sola mente direttiva, eseguito da un solo corpo di tecnici e di funzionari, garentito da un solo potere e protetto da una propria responsabilità politica dinanzi al potere legislativo ed al Paese;

Considerando che la tutela della sanità fisica della popolazione non possa scindersi dalla organizzazione moderna e dal funzionamento dell'assistenza sociale, da quella della primissima infanzia e della maternità a quella delle malattie d'ogni forma;

Ritenuto che allo stato attuale il potere sanitario dei relativi congegni si trovano frazionati e slegati nelle varie grandi Amministrazioni centrali non solo, ma persino nelle varie branche d'un istesso dicastero;

Ritenuto che nessuna considerazione d'ordine scientifico o tecnico può ulteriormente giustificare tale ordinamento burocratico dell'Amministrazione sanitaria centrale dello Stato, che si proietta quindi dannosamente alla periferia;

Ritenuto che la guerra ha dimostrato non solo la possibilità ma la utilità e necessità che persino i congegni della sanità pubblica civile e di quella militare funzionino in stretta comunione direttiva ed esecutiva;

Ritenuto che il Ministro dell'interno non più si presta, pel grave ed altissimo suo ufficio della direzione politica d'una grande nazione, a presiedere alla organizzazione e funzione della moderna amministrazione della sanità ed assistenza pubblica, ed a studiarne, proporre e difendere il progresso dinanzi al Parlamento;

Delibera:

1°) di fare voto perchè si istituisca in Italia un organismo superiore statale della *Sanità ed Assistenza pubblica,* che in sè riassume la direzione di tutta la politica sanitaria dello Stato;

2°) di mandare ad una Sottocommissione di preparare uno schema completo della costituzione di tale organismo con riserva di prenderlo in esame per le definitive deliberazioni su tale importante materia da parte della Sezione.

La Sottocommissione, composta dei professori Pagliani, Loriga, Simonetta e generale Rho, presieduta dall'on. Pietravalle, si è subito posta al lavoro, e presenterà alla Sezione, nella sua prima tornata, la relazione completa circa la schematica costituzione del Ministero, che dovrebbe concentrare, coordinare e sviluppare tutti i poteri sanitari, ora disseminati fra vari Ministeri, e presiedere all'organizzazione di tutta l'assistenza sociale in Italia.

Organizzazione sanitaria provinciale (relazione del prof. V. Ascoli).

La Sezione d'igiene sociale, convinta che per una provvida assistenza sanitaria e per un'organizzata difesa contro tutte le malattie infettive dell'uomo e degli animali sia necessario un decentramento a base provinciale, ritiene che la Provincia debba essere dotata di mezzi per corrispondere a tali scopi, e pertanto:

1°) augura che la Sezione III della prima Sottocommissione entri nello stesso ordine d'idee e, tenuto conto delle ragioni tossiche, addivenga agli adeguati provvedimenti amministrativi;

2°) fa voti perchè il medico e il veterinario provinciale siano ricondotti al loro vero ufficio di vigile ed efficace tutela della igiene e salute pubblica della Provincia, abbiano libertà e responsabilità di azione per tutto ciò che si riferisce alla profilassi delle malattie infettive, di fronte all'autorità politica da cui altrimenti dipendono, abbiano mezzi immediati per esercitare la loro opera sia ottenendo il personale tecnico ed amministrativo indispensabile per il loro ufficio, sia giovandosi del cresciuto concorso pecuniario delle Provincie per le quali l'attività loro si svolge, sia profittando dei mezzi che possano trarre dagli Istituti universitari, comunali o altri autorizzati, coi quali la Provincia e lo Stato stabiliscano apposite convenzioni per tale servizio.

Prodnzione statale e vigilanza sulla vendita dei medicinali (relaz. del prof. Loriga).

La Sezione d'igiene sociale:

Considerando che l'alto costo dei medicinali ne vieta spesso l'uso alle classi meno agiate;

Considerando che la stessa causa impedisce a molti Comuni di ottemperare all'obbligo di somministrare gratuitamente i medicinali ai poveri, imposto dall'articolo 36 della legge sanitaria, oppure restringe eccessivamente il numero dei medicinali che i medici condotti possono prescrivere;

Considerando che la impossibilità di somministrare i medicinali rende illusorio il benefizio dell'assistenza medica e costituisce una grave causa di danno per la salute pubblica, fa voti:

a) che lo Stato, così come ha fatto per il solfato di chinina, assuma la diretta fabbricazione di alcuni medicinali, specialmente di quelli che si estraggono dalle materie prime che sono oggetto di monopolio di Stato;

b) che lo Stato provveda a moderare il prezzo di alcuni medicinali di grande consumo;

c) che lo Stato favorisca con ogni mezzo la creazione delle farmacie municipali e degli armadii farmaceutici;

d) che il Ministero d'Agricoltura incoraggi tutte le iniziative dirette alla produzione indigena delle piante medicinali e disciplini l'utilizzazione di quelle che vivono spontanee.

Produzione statale e vigilanza sul commercio di alcuni alimenti (relaz. del prof. Loriga).

La Sezione d'igiene sociale:

Considerando la grande importanza di garantire la salubrità di alcuni alimenti speciali adatti per bambini divezzati e per malati, quali: le farine di cereali amido-diastasate, i semmolini di cereali, le farine composte di leguminose, talune pastine alimentari, i biscotti maltizzati, ed inoltre il latte, le uova, il burro, la cioccolata, i peptoni, le albumosi, ecc.;

Considerando l'utilità di sottrarre questi generi alla speculazione per renderli facilmente accessibili alle classi povere od economicamente deboli, fa voti:

1°) che a norma di quanto è stato fatto durante la guerra, lo Stato provveda anche per l'avvenire alla produzione ed alla vendita a prezzi miti di buoni prodotti alimentari per bambini, malati e vecchi;

2°) che lo Stato provveda a che i preparati che si vendono come specialità alimentari portino sempre la indicazione della loro composizione qualitativa e quantitativa e siano vigilati dalle Autorità sanitarie.

Difesa sociale contro la sifilide e le malattie veneree e contro alcune dermatosi (relaz. del prof. De Napoli).

La Sezione d'igiene sociale, convinta della grande importanza che ha, nel momento attuale, la lotta contro la sifilide e le malattie veneree; Mentre riconosce la necessità di ritornare sull'argomento allorchè avrà preso visione delle proposte della Commissione delegata con D. L. 3 settembre 1916 a modificare il regolamento sulla profilassi antivenerea, determina:

1°) La necessità di dare sempre maggiore incremento agli studii di clinica dermosifilopatica presso le Università, elevandone la dignità e raccomandando in quell'insegnamento una larga esposizione d'igiene sessuale e di profilassi antivenerea. Perchè è indubitato che una buona conoscenza della sifilografia e venerologia rappresenti il fattore più sicuro e più efficace di questo ramo della profilassi.

2° Che venga attivata ed intensificata la propaganda con l'istruzione e con l'educazione, sia fra la popolazione civile che fra quella militare, per vincere vieti e dannosi pregiudizi, per cui le affezioni veneree o sifilitiche sono tenute nascoste e dichiarate vergognose, e per creare una sana coscienza igienica, elemento indispensabile per la difesa contro le malattie veneree.

3° Che siano istituiti ispettori dermosifilografi provinciali ed interprovinciali con responsabilità pari alle cariche e con organi corrispondenti nelle Amministrazioni centrali (Ministero dell'Interno, della Guerra, della Marina, per i quali ultimi dovranno essere conservati e creati ufficiali medici ispettori dermofilografici di Corpo d'Armata e di Dipartimenti marittimi rappresentati da specialisti di provata capacità tecnica). Che del personale sanitario in ogni importante Brefotrofio faccia parte un dermosifilografo.

4° Che sia tolta alla pubblica sicurezza ogni ingerenza, non strettamente richiesta da misure di ordine pubblico, sulla vigilanza del meretricio, la quale dovrà essere affidata a speciali agenti di moralità, serietà e preparazione sicure.

5° Con la lotta contro le affezioni veneree e sifilitiche sia attivata quella contro le dermatosi contagiose e specialmente contro le tigne. I tignosi soggetti al servizio militare se idonei siano trattenuti e curati in adatti Istituti e se non idonei siano segnalati alle Autorità civili per i provvedimenti del caso. Parimenti i bambini tignosi vengano curati in apposite scuole.

6° Le suddette provvidenze igienico-sanitarie sieno estese alle nostre Colonie dove la nostra opera civilizzatrice le impone.

7° La Sezione fa voti che sia sancito il principio del certificato medico prematrimoniale, che nei riguardi della sifilide sarà più facilmente accettabile, in quanto dovrà imporsi esclusivamente al futuro sposo, nella quasi totalità dei casi responsabile dei contagi coniugali.

Per i Brefotrofi.
(proposta dei proff. Sclavo e Tropeano).

La Sezione d'igiene sociale, riportandosi alle conclusioni già approvate sull'assistenza all'infanzia e sulla necessità impellente della riforma dei Brefotrofi;

Constatando l'altissima mortalità degli esposti in quasi tutti i Brefotrofi del Regno, ciò che richiede solleciti provvedimenti;

Ritenendo che la causa principale di tale persistente e grave stato di cose sia dovuta alla mancanza di una regolatrice legge organica sulle funzioni dei Brefotrofi;

Fa voti che tale legge, redatta sui concetti espressi dalla Sezione stessa, sia promulgata ed applicata colla massima urgenza;

Delibera infine che la Presidenza faccia con cortese sollecitudine presente all'on. Presidente del Consiglio questo voto speciale.

Per la propaganda igienica fra le classi operaie
(proposta del prof. Devoto).

Colla concessione del sabato inglese agli operai italiani che si va generalizzando, si presenta un'occasione provvida, che non dovrebbe andare perduta, perchè una parte del pomeriggio del sabato sia impiegato in corsi di educazione igienica, in pratiche di proprietà personale, in esercizi fisici, ecc., a vantaggio degli operai.

La Sezione di igiene sociale rivolge perciò invito ai Ministeri dell'Interno, dell'Istruzione e del Lavoro, perchè vengano studiati i mezzi più efficaci onde offrire agli operai dei due sessi, nel pomeriggio del sabato, le maniere di elevazione igienica, di educazione fisica e domestica e comunque vengano incoraggiate le iniziative locali che tendono a far rendere in alto grado il sabato dal punto di vista educativo e sociale.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

FERRARA MERCURIO, da San Mango sul Calore (Avellino), tenente medico 118° reggimento fanteria.

Dirigente il posto avanzato di medicazione, in zona battuta dall'artiglieria nemica, disimpegnava con vero spirito di abnegazione i proprii doveri. Riuscito impossibile il trasporto di feriti gravi, sprezzante del pericolo, recavasi sollecitamente a curarli, dimostrando energia e coraggioso spirito di altruismo. — Carso, 1° novembre 1916.

CROCE DI GUERRA.

Prof. ADORNO MASSIMI, ten. colonn. medico, Direttore dell'Ospedale da Campo 007.

Al dott. M. Kobylinsky, redattore capo dei *Quaderni di Psichiatria*, oltre alle tre medaglie al valore, ai distintivi di due ferite riportate in guerra e al distintivo del Comando della Legione Czeco-Slovacca (che è stato incaricato di condurre a Praga) è stata anche assegnata l'onorifica croce speciale decretata da S. A. il Duca di Aosta ai comandanti di unità della gloriosa III Armata.

NOTIZIARIO SCIENTIFICO.

Virus filtrabili.

J. R. Bradford, E. F. Bashford e J. A. Wilson (il primo maggior generale medico della Marina inglese, gli altri due capitani medici dell'Esercito inglese) hanno eseguito delle ricerche dirette a provare che la polinevrite acuta infettiva, l'influenza, la febbre delle trincee ed una speciale nefrite acuta (febbrile, ematurica) sono malattie dovute a virus filtrabili.

Il virus dell'influenza sarebbe un cocco minutissime, di 0.15-0.5 μ. di diametro, Gram-positivo, anaerobio, resistente a 56° C. per mezz'ora, isolabile in colture pure, che, al 2° passaggio, riproducono la malattia negli animali; attraversa le Berkefeld N e V e le Massen.

Caratteri analoghi avrebbero i virus della febbre delle trincee e della nefrite.

Il virus della febbre delle trincee (non meglio precisata) sarebbe stato dimostrato anche nei pidocchi.

(Da una nota preventiva in *British Med. Journal*, 1 febbr. 1919).

L. V.

Eziologia della febbre gialla.

H. Noguchi, lavorando al Guayaquil (Equador) sotto gli auspicî del Rockefeller Institute, avrebbe riconosciuto la presenza, nei malati di febbre gialla, di una spirocheta (Leptospira) che è morfologicamente molto affine a quella dell'ittero spirochetico, è isolabile in coltura pura, è patogena per gli animali, dà un fenomeno di Pfeiffer positivo col sangue dei convalescenti ed attraversa i filtri Berkefeld N e V.

(*Journal Amer. Med. Associat.*, 18 genn. 1919).

L. V.

NOTIZIE DIVERSE.

La lotta contro la malaria nella Venezia Giulia.

Il regio Governatorato e la Direzione di sanità della terza Armata già da tempo si sono preoccupati dello studio dei problemi relativi alla difesa delle popolazioni della Venezia Giulia e dell'Istria dalla malaria.

La Commissione all'uopo nominata ha cominciato i suoi studi esaminando quali siano i mezzi più adatti per la bonifica del terreno, che rappresenta sempre il mezzo più efficace e duraturo di lotta, mentre nel passato le Autorità si preoccupavano quasi esclusivamente della chininizzazione spesso incompleta. Inoltre sin da ora per le zone ove non si ha la sicurezza che la bonifica possa compiersi o possa dare risultati, è stato preventivato il chinino necessario e ne sarà assicurata la distribuzione con speciale personale debitamente istruito.

Come è stato fatto sul basso Isonzo e basso Piave, sarà provveduto alla istituzione di piccole infermerie e di centri di accertamento microscopico, che permetteranno di determinare i portatori di parassiti e nel periodo endemico l'accertamento sicuro della gravità del male. Oltre a tali centri di accertamento esclusivi per la malaria, saranno stabiliti dei laboratori batteriologici per esami culturali e sierodiagnosi nei casi nei quali la ricerca del parassita della malaria fosse negativa.

Per vedere intanto quali siano i lavori di piccole bonifiche che nelle odierne condizioni possono essere anche eventualmente iniziati, il malariologo consulente della terza Armata ha intrapreso un giro d'ispezione attraverso l'Istria malarica.

Iniezioni profilattiche contro l'influenza.

Queste iniezioni si praticano gratuitamente presso l'Ufficio di igiene della città di Milano.

La Direzione del Corpo d'armata di Milano ha disposto che esse vengano eseguite anche sui militari del presidio, che ne facciano richiesta.

Per iniziativa dei funzionari dell'Ufficio sanitario compartimentale di Milano, l'Amministrazione ferroviaria si è messa a disposizione degli impiegati del Compartimento che desiderano sottoporsi a tale misura preventiva.

L'Istituto Sieroterapico Milanese ha fornito gratuitamente il materiale vaccinico.

Per la salute pubblica a Torino.

Il Prefetto di Torino, con recente provvedimento, in vista delle condizioni sanitarie della città, ha ridotto il numero delle rappresentazioni ad una al giorno per i teatri e a tre per i caffè-concerti e cinematografi. Ha disposto che tutti i posti di platea e galleria siano numerati e non siano più permessi posti in piedi; ha infine vietato qualsiasi festa da ballo.

Lotta antitubercolare in Lombardia.

La Sezione Milanese dell'Unione Nazionale dei Medici Italiani, svolgendo il programma dell'Unione, a contenuto medico-saciale, ha diretto la propria attenzione alla lotta contro la tubercolosi.

Ha diramato un questionario ai medici condotti della regione, per raccogliere elementi informativi sulla diffusione e gravità della « peste bianca », ed ha elaborato un piano per illuminare l'opinione pubblica e guidarla ad un'azione antitubercolare concorde ed organica, che dovrebbe esser posta a base delle prossime rivendicazioni d'ordine politico-amministrativo.

Lotta antitubercolare in Francia.

Léon Bernard, professore alla Facoltà di medicina di Parigi, membro della Commissione permanente di profilassi contro la tubercolosi, è stato incaricato della sorveglianza e del controllo, dal punto di vista medico, delle organizzazioni, istituzioni ed ospedali che dipendono in qualsiasi modo dal Ministro dell'Interno e che hanno per scopo la cura e la profilassi della tubercolosi.

La denunzia obbligatoria della tubercolosi in Francia.

La denunzia obbligatoria della tubercolosi è oggetto di un disegno di legge presentato alla Camera francese dal sottosegretario di Stato per la sanità pubblica, on. Mourier. Il progetto dispone che la malattia venga denunziata otto giorni dopo la diagnosi, dal medico curante o consulente. I comuni, le provincie e lo Stato saranno tenuti alle spese di ospitalizzazione dei malati e di sovvenzione alle loro famiglie.

Si computa che siano 500,000 i tubercolotici in Francia e che annualmente occorrano 84 milioni per gli ospedali e 100 milionii per il mantenimento.

Per i ciechi di guerra.

La « Gazzetta del Popolo » di Torino ha aperto una sottoscrizione per una fondazione in favore dei ciechi di guerra. L'istituto sarà intitolato al generalissimo Diaz.

Corso di perfezionamento in Pediatria.

Col 17 corrente nella Clinica Pediatrica di Roma diretta dall'Ill.mo Prof. Luigi Concetti viene iniziato un *corso di perfezionamento* per i laureati in medicina e chirurgia.

Il corso avrà la durata di un quadrimestre. Saranno impartiti i seguenti insegnamenti: 1. Clinica pediatrica (prof. Concetti). — 2. Malattie infettive (prof. Modigliani). — 3. Esercizi di semeiotica infantile e malattie dei neonati (professor Luzzatti). — 4. Dietetica e Terapia infantile in ispecie delle malattie intestinali (professor Spolverini). — 5. Ortopedia (prof. Dalla Vedova).

Alla fine del corso, quelli che lo avranno frequentato regolarmente e che avranno superato la prova d'esame, riceveranno un *diploma di perfezionamento in Pediatria.*

Per l'ammissione si richiedono: la domanda su carta bollata di L. 1.00 al Rettore della Università; la fede di nascita, legalizzata; il diploma o il certificato di laurea in medicina e chirurgia (*anche di Università estere*) e una quietanza di L. 100, rilasciata dall'Economo della Università. Si dovranno pure versare nella Cassa Universitaria L. 45.60 occorrenti per sopratassa d'esame, per indennità, marche da bollo, ecc.

In onore di Clémenceau.

L'Associazione generale dei medici di Francia ha nominato Clémenceau, che di tale Associazione ha già fatto parte, suo Presidente onorario, titolo che fin'ora non era stato accordato ad alcuno.

In memoria di Reclus.

Il 22 gennaio u. s. la Società di Chirurgia di Parigi ha commemorato solennemente il professor Paolo Réclus, morto il 31 luglio 1914. Tenne un elevato discorso inaugurale il professor F. Lejars, segretario generale della Società.

In memoria di Mauro Jatta.

In Ruvo di Puglia, a cura di un Comitato presieduto dal pro-sindaco avv. Tito Paolo Cotugno, ebbe luogo una solenne commemorazione del compianto prof. comm. Mauro Jatta.

Della sua vita scientifica della sua luminosa carriera, della devozione al suo paese, dissero il dott. Luigi Bucci di Ruvo e il generale medico prof. Lorenzo Bonomo, direttore di sanità dell'XI Corpo d'Armata.

La smobilitazione medica in Germania.

La riunione annuale dei medici tedeschi, tenutasi recentemente ad Eisenach, ha preso in esame la smobilitazione dei medici ed ha approvato le proposte che seguono da sottoporre alle autorità competenti:

1ª Dare la preferenza nella smobilitazione alle classi anziane, ai padri di famiglia, ai coniugati, a coloro che hanno prestato più lungo servizio;

2° Agli ufficiali medici assegnare posti prossimi alla loro residenza anteriore alla guerra;

3° Riservare i posti di assistente nelle Facoltà mediche ai reduci dal fronte;

4° Dare a questi la possibilità di seguire gratuitamente gl'insegnamenti che desiderano;

5ª Offrire agli ex-ufficiali medici, a prezzi modici e senza l'intromissione d'intermediari, gli strumenti chirurgici e gli automobili divenuti disponibili per la cessazione della guerra;

7° Impedire l'installazione di medici stranieri, in specie nelle città marittime e fluviali;

8° Distribuire opuscoli che facciano capire ai clienti la convenienza di riprendere i medici che avevano prima della guerra.

La morte improvvisa ha schiantato l'esistenza del prof. ADOLFO SCHMIDT, direttore della clinica medica di Bonn. Egli ha lasciato una dichiarazione in cui afferma che non poteva sopravvivere alla rovina della sua Patria. Da due mesi era in uno stato d'ipocondria irriducibile.

Aveva studiato dapprima matematica, poi scienze naturali e da ultimo si era consacrato alla medicina.

Dalla direzione dell'Ospedale di Dresda venne chiamato alla clinica di Hall, donde solo recentemente passò a Bonn.

Si affermò per la rara competenza nelle malattie intestinali; i suoi metodi per l'esame della funzione intestinale si sono rapidamente imposti; fanno epoca i suoi lavori: « Le feci dell'uomo nello stato normale e patologico », redatto in collaborazione con Strassburger; « L'esame funzionale dell'intestino mediante il pasto di prova » che è stato tradotto in varie lingue; « La clinica delle malattie intestinali ».

Ha pubblicato anche un « Trattato di patologia generale e di terapia delle malattie interne » e, in collaborazione con Lüthje, la « Diagnosi clinica e propedeutica delle malattie interne », che fu tradotta in varie lingue.

Un'impronta personale ha dato recentemente al suo trattato sul « reumatismo ».

Con A. Schmidt la Germania perde uno dei giovani clinici che onoravano la medicina interna.

R. B.

Apprendiamo con molto ritardo la perdita del nostro valoroso e solerte corrispondente da Modena, dott. prof. CARLO GAZZETTI, caduto gloriosamente sul campo per l'avvenire della Patria.

Scienziato perspicace, insegnante apprezzato, Gazzetti fu anche uomo dotato di straordinaria finezza di sentimenti e di spirito altissimo del dovere. Onde la sua fine desta un profondo rammarico.

L'Accademia Medica di Modena, della quale Egli era segretario, dopo un'alta commemorazione fatta dal rpof. Luzzatto, ha deliberato di inciderne il nome in una lapide da collocarsi nel Laboratorio di Farmacologia, unitamente a quello del dott. Romani, che del Gazzetti fu allievo e che anch'Egli è caduto sulla breccia.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI *Roma, 23 febbraio 1919* **Fasc. 8**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretta dal Sen. Prof. BOZZOLO.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI TORINO
(diretta dal Col. Dr. A. GURGO).

Sul problema eziologico dell'odierna pandemia dell'influenza (*)

per i prof. F. MICHELI T. Col. Medico
e dott. G. SATTÀ, aiuto della Clinica.

È il problema che domina di gran lunga su quanti altri ne involge l'attuale epidemia d'influenza, che dalla primavera scorsa è oggi purtroppo alla sua terza ripresa.

(*) Relazione alla R. Accad. di Medic. di Torino nella seduta del 24 gennaio 1919.

La realizzazione della cura specifica e della vaccinazione preventiva, la più esatta determinazione delle norme profilattiche e varie altre questioni, anche d'interesse clinico, sono subordinate naturalmente alla soluzione di questo problema che si presenta tuttora, malgrado il fervore degli studi e delle ricerche compiute e la importanza di alcuni recenti contributi, pieno d'incognite, di lacune, d'incertezze.

Noi ne abbiamo già parlato in un precedente lavoro (1) e se vi torniamo sopra ancora una volta, non è certo colla pretesa di risolverlo, ma allo scopo di prospettare lo stato attuale delle nostre cognizioni eziologiche, alla stregua di un rapido esame comparativo di nostre continuate ricerche e dei più importanti documenti bibliografici.

(1) « Policlinico » Sez. Prat., n. 42, 1918, « Archivio per le Sc. Med. », vol. 42, 1918.

Non è forse inutile, in via, diremo così, pregiudiziale riaffermare che il problema eziologico dell'attuale epidemia s'identifica senz'altro con quello dell'influenza, perchè, all'infuori e al disopra dei responsi delle ricerche causali, l'odierna epidemia s'identifica, lo ripetiamo, per caratteri epidemiologici, anatomo-patologici e clinici (nessuno escluso, compresi la bradicardia, la diatesi emorragica, il comportamento dei leucociti, ecc.), per il tipo delle successioni morbose vicine (broncopolmoniti, ecc.) e lontane (nevralgie, polinevriti, ecc.) e per gli stessi reperti batteriologici, alla pandemia d'influenza del 1889-1892.

Su questo punto, del resto, l'accordo è ormai quasi completo, e le rare voci dissenzienti non hanno saputo in realtà mettere avanti un solo carattere differenziale di qualche valore tra l'epidemia del 1918 e le classiche pandemie d'influenza, di cui è ancora viva la memoria o facilmente accessibile la documentazione storica. Ciò premesso, consideriamo partitamente il complesso problema eziologico dell'influenza nei vari aspetti, onde si compone.

Bacillo di Pfeiffer.

La questione del significato eziologico e patogeno del bacillo di Pfeiffer, di cui già abbiamo esposto i vari termini nel precedente lavoro, è lungi ancora dall'esser conchiusa.

Fra gli autori che anche oggi tengono fermo al classico concetto eziologico dell'influenza e quelli che negano al bacillo di Pfeiffer non solo ogni carattere di specificità, ma, addirittura, ogni significato patogeno, considerandolo come un volgare saprofita, tutte le opinioni intermedie sono state volta a volta prospettate e sostenute. Ed i lettori che hanno seguìto l'ormai enorme bibliografia che s'è venuta accumulando sull'argomento — opportunamente riassunta da alcuni giornali italiani in maniera completa o quasi completa — debbono esser rimasti non poco sorpresi della notevole disparità di risultati venuti in luce su di un elemento di fatto, quale è quello della frequenza del reperto del bacillo di Pfeiffer nel secreto naso-faringeo, nelle secrezioni bronchiali o nei focolai broncopneumonici degli influenzati, reperto dichiarato frequentissimo e quasi costante da alcuni e, con infinite gradazioni intermedie, del tutto eccezionale da altri o, quanto meno, non superiore alla frequenza con la quale si riscontra in condizioni normali.

Come orientarsi in tanta dissonanza di conclusioni? Il divario tiene, evidentemente, a varî fattori, alcuni dei quali certo estrinseci, diremo così, alla vera relativa frequenza del b. di Pfeiffer. E tra questi sono da ricordare da un lato la variabilità dei criteri seguìti dai varî osservatori nell'identificazione del microrganismo, alcuni di essi mantenendosi rigidamente fedeli alle classiche direttive ed altri invece decampandone più o meno arbitrariamente o limitandosi al semplice riconoscimento batterioscopico, senza dubbio insufficiente, dall'altro la difficile coltivabilità del germe e infine svariati momenti di ordine tecnico.

Non già che la cultura e l'isolamento del b. di Pfeiffer richiedano speciali virtuosità tecniche, ma l'esperienza dell'attuale pandemia ha riaffermato che la cosa importa pur sempre un assiduo, diligente e spesso paziente lavoro, senza di che possono facilmente sfuggire le piccole e talvolta rare colonie del bacillo influenzale, non di rado commiste a innumerevoli colonie dall'aspetto non molto dissimile di altri bacteri (pneumococchi, streptococchi), e che, trattandosi di un bacillo, come abbiamo detto, difficilmente coltivabile e che può essere facilmente sopraffatto da altri germi, i risultati possono essere in vario senso influenzati da tutta una serie di circostanze apparentemente di poco conto (composizione del mezzo nutritivo, momento troppo tardivo della coltivazione, ecc.).

Tutto ciò non basta peraltro a spiegare una così stridente discordanza di reperti, e la possibilità di vere reali differenze nella quantità o fors'anco nella presenza del bacillo di Pfeiffer, a seconda dei focolai, a seconda del ciclo epidemico, s'impone legittimamente all'attenzione.

Il problema della relativa frequenza del reperto del bacillo di Pfeiffer in rapporto sopratutto coi varî periodi dell'epidemia, problema la cui importanza non può sfuggire, è stato oggetto da parte nostra di diligenti e numerose osservazioni.

Diciamo subito che le difficoltà di risolverlo sulla base delle sole ricerche batteriologiche ci ha indotto per un momento a tentarne la soluzione anche per via indiretta, ricercando cioè nel sangue dei convalescenti la presenza di anticorpi specifici, ma che ai nostri tentativi non ha arriso molto successo.

Abbandonato il metodo dell'agglutinazione per la facilità già da tempo messa in rilievo con cui il bacillo di Pfeiffer presenta il fenomeno della agglutinazione spontanea [risultati più o meno nettamente positivi avrebbero ottenuto, durante l'attuale epidemia, W. Levinthal (1) e G. I. Martin (2)] ci siamo volti alla eventuale dimostra-

(1) « Zeitsch. f. Hygiene », Bd. 76, 1918.
(2) « Brit. med. Journ ». 14 sett. 1918.

zione di anticorpi di Bordet-Gengou, che nel frattempo interessanti ricerche di Marassini e Morelli (1) hanno messo in evidenza col metodo della deviazione del complemento in tutti i casi di grippe a decorso sufficientemente protratto. Colle consuete modalità e controlli sono stati cimentati di fronte a due antigeni diversi (dimostratisi perfettamente equivalenti) e costituiti l'uno da una sospensione in soluzione fisiologica fenicata al 0.5 % di bacilli di Pfeiffer e l'altro da una sospensione degli stessi bacilli disciolti con antiformina (metodo di Altmann), 41 sieri provenienti da ammalati di forme conclamate e protratte d'influenza, non escluse le complicate da manifestazioni bronco-polmonari, e raccolti a periodi variabili dal momento dell'apiressia, da 2 a 7-8 giorni.

Opportune esperienze di controllo avendo stabilito che anche i sieri sifilitici possono reagire con maggiore o minore intensità cogli antigeni influenzali, come del resto con tanti altri estratti batterici, su tutti i nostri sieri fu eseguita parallelamente anche la reazione di Wassermann, la quale ci permetteva altresì di escludere, come fu esclusa, l'origine non specifica delle eventuali inibizioni dell'emolisi osservate in rapporto cogli antigeni specifici.

Riassumiamo in breve i risultati ottenuti:

emolisi completa (+ + + +) 14 casi;
emolisi q. completa (+ + +) 18 casi;
emolisi evidente (+ +) 4 casi;
emolisi debole (+) 3 casi;
inibizione completa o 1 caso.

Fu escluso un caso d'inibizione completa nel quale anche la r. di Wassermann era nettamente positiva. Non crediamo che questi risultati si prestino a conclusioni sulla frequenza della partecipazione del bacillo di Pfeiffer al processo morboso, ma che essi esprimano piuttosto la scarsa attitudine di questo germe a determinare la formazione d'anticorpi e in special modo di anticorpi devianti il complemento. Ciò collima del resto con quanto esperienze precedenti all'attuale epidemia avevano stabilito sulla modesta capacità antigena del bacillo di Pfeiffer nei comuni animali da laboratorio [solo con copiose e prolungate immunizzazioni A. Cantani (2) e Odaira (3) sono riusciti ad ottenere la formazione di agglutinine e di anticorpi di Bordet-Gengou (Odaira)] e trova conferma in alcune nostre ricerche sulla presenza di anticorpi devianti il complemento nel siero di sangue di alcuni individui vaccinati con 3 e rispettivamente 4 iniezioni sottocutanee a distanza di 2-3 giorni l'una dall'altra di una sospensione di bacilli influenzali in soluzione fisiologica fenicata al 0.5 % (dall'agar-sangue umano).

(1) « Riforma medica », n. 43, 1918.
(2) « Zeitsch f. Hyg » Bd. 42, p. 505, 1903.
(3) « Centr. f. Bakt, O. » Bd. 64, H. 4-5, 1912.

I soggetti così trattati sono 8, il siero prelevato in VIII giornata dopo l'ultima iniezione, i risultati raccolti nella seguente tabella:

Antigeno influenzale 0.10 (= alla metà della dose capace di esercitare di per sè una scarsa inibizione sul sistema emolitico); siero di sangue inattivato 0.3 (della diluizione 1:4); complemento di cavia 0.2 (della diluizione 1:10); dopo 1 ora di termostato: 0.2 di una sospensione di globuli rossi di montone al 5 % sensibilizzati con 2 unità di ambocettore; volume totale 1.0.

Sieri	Grado dell'emolisi	Osservazioni
—	—	—
I	+++	4 vaccinazioni
II	++	4 »
III	+++	4 »
IV	+	3 »
V	++	3 »
VI	++	3 »
VII	++	3 »
VIII	+++	3 »
IX	++++	tifo addominale
X	++++	» »
XI	++++	» »

Ed ecco ora in breve il responso delle nostre ricerche batteriologiche.

« Nel precedente lavoro abbiamo segnalato di aver rinvenuto il b. di Pfeiffer (ci siamo sempre attenuti nella sua identificazione ai criteri più ortodossi) in quasi il 50 % dei casi nelle secrezioni bronchiali ed in oltre il 50 % nei focolai bronco-pneumonici di cadaveri freschi. Questi dati si riferiscono al primo periodo della seconda ripresa epidemica (seconda metà d'agosto e primi di settembre).

« È da notare che la ricerca era riuscita sempre negativa in osservazioni, d'altronde scarse, praticate durante la prima fase epidemica del giugno u. s., quando dominavano forme d'influenza febbrile a manifestazioni catarrali scarse o assenti.

« In proseguo, e in rapporto col diffondersi e coll'aggravarsi della forma morbosa, la frequenza dei reperti positivi è andata crescendo, cosicchè ai primi di ottobre, in coincidenza coll'acme epidemico, l'isolamento del bacillo di Pfeiffer dall'escreato rappresentava un'operazione relativamente semplice con 7-8 successi su 10. Ma più tardi il riscontro del bacillo s'è fatto più raro e nel mese di novembre, in un periodo di sensibile rarefazione e attenuazione dell'epidemia, si ridusse a 1-2 su 10, mentre di questi giorni (dicembre), in corrispondenza colla terza ripresa epidemica, sembra di nuovo esser diventato più frequente.

« Nei focolai bronco-pneumonici recenti di cadaveri freschi sezionati a distanza di non oltre 8-12 ore dalla morte (oltre 20 autopsie), la cul-

tura ha continuato a dare, indipendentemente dal periodo epidemico, risultati positivi in circa la metà dei casi. Tenendo conto soltanto dei casi morti nell'acme del processo, dopo un breve periodo di malattia, la percentuale è ancora più elevata. In nessun caso il b. di Pfeiffer fu rinvenuto da solo, ma sempre associato al pneumococco o allo streptococco emolitico o ad entrambi. Negli empiemi, assai frequenti nei mesi di ottobre-novembre, la proporzione dei reperti positivi è di 1 su 10.

« In un caso soltanto abbiamo isolato il bacillo di Pfeiffer, assieme allo streptococco emolitico, dall'essudato di una tiroidite postinfluenzale. Mai ci è riuscita la cultura dal sangue, come già nella prima serie delle nostre ricerche, d'altronde non molto numerose; in 2 casi invece il bacillo di Pfeiffer fu isolato dalla milza di cadaveri freschi ».

A parte questi ultimi reperti e pur circondando di doverose limitazioni, in tema di bacillo influenzale, il significato dei responsi batteriologici negativi, a noi sembra che le sovrariferite variazioni periodiche accertate colle stesse identiche modalità tecniche da degli stessi osservatori, rivestano un certo valore, in quanto possono esprimere non soltanto una diversa quantità e quindi una diversamente facile coltivabiltà del bacillo di Pfeiffer, in rapporto colle varie fasi del ciclo epidemico, ma altresì delle vere reali differenze nella parte che esso prende al determinismo del quadro morboso.

Questi dati non mancano del resto di riscontro nella letteratura, perchè, pur nel caos delle risultanze contraddittorie, non è difficile stabilire come l'assenza o l'estrema rarità del reperto del bacillo del Pfeiffer coincidono d'ordinario colla prima fase dell'epidemia, quando dominavano delle forme essenzialmente febbrili e che in seguito, coll'aggravarsi della forma morbosa e col prevalere delle forme catarrali, sieno aumentati sensibilmente in Spagna come in Italia, in Francia come in Germania, in Inghilterra come in America, i risultati positivi.

A principio dell'epidemia, dice esplicitamente un recente rapporto inglese (1) sull'influenza nell'Armata Britannica in Francia, *i tentativi da parte dei competenti batteriologici di isolare il b. di Pfeiffer dai prodotti morbosi erano così raramente coronati di successo che si dubitava che questo microrganismo ne fosse l'agente eziologico, ma col procedere dell'epidemia i batteriologi* (Mc. Nee, Flemming, Fraser, Perry) *lo trovarono assai più facilmente in quei casi che erano accompagnati da un definito catarro di qualche tratto dell'albero respiratorio e precisamente nell'80 % circa dei casi.*

Le deduzioni che possono trarsi da queste constatazioni suonano, per noi, un po' diverse da quelle del rapporto inglese, che ha concluso in favore della specificità eziologica del bacillo di Pfeiffer, perchè, se la mutevole frequenza del suo riscontro, a seconda delle località, delle fasi dell'epidemia e delle forme cliniche dominanti, significa anche solo in parte l'incostante presenza del microrganismo, la concezione più consona a questi dati di fatto stabiliti apparisce in realtà quella oggidì più diffusa, che ascrive l'agente eziologico dell'influenza ai virus finora sconosciuti e considera il b. di Pfeiffer come un germe d'associazione.

Ciò che del resto non diminuisce, ma precisa il significato patogeno del microrganismo in questione, significato che non può essere contestato dal suo eventuale reperto in condizioni normali o in condizioni morbose diverse dall'influenza, specie quando questi reperti — e dato che si tratti di veri germi influenzali e non già di similinfluenzali — coincidono, come avviene di solito, con periodi di epidemia.

L'importanza patogena del b. di Pfeiffer per quanto secondaria è subordinata all'azione dell'ancora ipotetico virus primitivo, riposa essenzialmente sulla notevole frequenza [secondo una recente relazione di W. H. Park (1), sulle ricerche eseguite a Boston, New York e in altri centri d'America si potrebbe quasi parlare di costanza] con la quale è stato rinvenuto ormai da tante parti, in piena fase epidemica, nelle forme più squisitamente catarrali della malattia.

E non sono privi di valore i reperti positivi ottenuti coll'emocoltura da alcuni autori [Orticoni, Barbier e Lecler (2), A. Netter (3), Blanton e Irons (4), Peter e Cookson (5), Bertarelli e Marchelli (6)] per quanto di solito assai raramente e in casi particolarmente severi, i pochi successi da noi raccolti col succo splenico, il riscontro del bacillo nel liquido cefalo-rachidiano in casi di meningite postinfluenzale, la sua presenza nelle orine [Duaric de la Rivière (7)] ecc., tanto più quando si pensi che la frequenza di questo microrganismo è indubbiamente superiore a quella denunciata dai reperti batteriologici.

È quindi probabile che il b. Pfeiffer originariamente poco o punto virulento e vivente allo stato saprofitico nel cavo naso-faringeo di alcuni

(1) « Brit. med. Journ. », n. 3012, 9 nov. 1918.

(1) « New York med. Journ », n. 15, 1918.
(2) « Presse Médicale », n. 55, 1918.
(3) Ac. de Méd. de Paris, 10 ottobre 1918.
(4) « Jour. of the Amer. med. Assoc. », vol. 71, n. 24, 1918.
(5) Citati nel rapporto inglese.
(6) « Rivista d'Igiene e di Sanità Pubblica », 1918.
(7) C. R. d. l. Soc. de Biol. t. 81, n. 16, 1918.

individui, sia esaltato dall'ignoto virus dell'influenza e dal passaggio attraverso un gran numero di soggetti, in modo da acquistare, in pieno periodo epidemico, un alto e fisso potere patogeno e da aggravare e complicare il quadro per sè relativamente semplice e benigno della pura sindrome influenzale.

Ed è sopratutto verosimile che le manifestazioni catarrali delle vie aeree, considerate finora come l'espressione clinica più caratteristica dell'influenza, sieno sostenute essenzialmente dal bacillo di Pfeiffer che, da solo o in associazione con altri microrganismi, verrebbe ad imprimere un carattere nettamente infiammatorio alle alterazioni puramente congestive del virus influenzale e, diffondendosi in profondità, dai grossi e medi bronchi ai piccoli bronchi e ai bronchioli, preparerebbe il terreno all'invasione dei pneumococchi e degli streptococchi esercitando una parte non indifferente nel determinismo delle successioni broncopneumoniche, quale è attestata del resto dal suo molto frequente riscontro nei focolai bronco-pneumonici recenti, ove qualche volta fu trovato anche in cultura pura [A. Dietrich (1), I. I. Keegan (2), ecc.].

Cosicchè non è da sorprendere se al b. di Pfeiffer, anche alla luce delle nuove concezioni eziologiche, resterà pur sempre il significato di bacillo influenzale, in ragione della frequenza e sopratutto dell'elettività con cui s'associa, in periodi di epidemia, all'ignoto virus primitivo.

Altri agenti d'infezione secondaria.

Accanto o indipendentemente dal bacillo di Pfeiffer si trovano e sono stati largamente descritti, come è noto, nei prodotti morbosi degli influenzati tutta una serie di microrganismi didiversi — pneumococchi, streptococchi emolitici, *streptococcus mucosus, streptococcus viridans, micrococcus catarrhalis,* parameningococchi, stafilococchi, tetrageni, diplobacilli di Friedländer ecc. — sul cui significato di agenti d'infezioni secondarie l'accordo può dirsi ormai completo o quasi completo.

Ma se nella gerarchia eziologica il loro rango è secondario, ad essi o meglio ad alcuni di essi spetta senza dubbio un'effettiva azione patogena delle più importanti e temibili. Elementi eziologici non specifici e non necessari, da ospiti originariamente indifferenti del cavo naso-faringeo di alcuni individui, esaltati (e forse esaltanti) in un giuoco non ancora ben conosciuto (aggressive?) di reciproche influenze, dall'ignoto virus primitivo e dal bacillo di Pfeiffer le cui affinità simbiotiche con varie specie batteriche di questo gruppo sono ben dimostrabili anche in vitro, essi, una volta virulenti, diventano a lor volta sorgenti di contagio e stabilendosi sul terreno già preparato, svolgono una parte di prim'ordine nell'aggravare il decorso della sindrome grippale, nel determinare processi setticemici e nel sostenere le più gravi e svariate complicazioni. Donde l'interesse che a giusto titolo fu sempre assegnato, nel corso dell'attuale epidemia, allo studio delle forme batteriche associate, come quelle cui si volgono essenzialmente, in mancanza di cure specifiche, i tentativi terapeutici di ordine sieroterapico e batterioterapico e di vaccinazioni preventive.

A quali e quante delle sopra ricordate specie batteriche spetti una vera azione patogena è difficile arguire dal semplice esame batteriologico delle secrezioni naso-faringe o bronchiali, ove possono trovarsi anche in condizioni normali o in condizioni morbose affatto diverse dall'influenza; ma l'indagine conserva tutto il suo valore se diretta all'esame del sangue, delle lesioni polmonari e pleuriche e degli organi interni dei colpiti.

E le ricerche fatte in questa direzione hanno alquanto ridotta la lista dei microrganismi associati, dimostrando concordemente e in piena rispondenza coi risultati già da noi riferiti al principio dell'epidemia la notevole prevalenza e l'incontestabile importanza dei pneumococchi e degli streptococchi.

È facile intendere d'altronde come la flora delle complicazioni influenzali possa presentare delle più o meno ampie variazioni in rapporto coi vari periodi e coi vari focolai epidemici, e sono degne di menzione in proposito il reperto, rilevato nel periodo iniziale dell'epidemia da Segale (1) e da altri, anche all'infuori d'Italia, di un germe meningococcosimile, presente non solo nell'escreato, ma nel sangue, nel polmone, nel liquido cefalorachidiale, e quelle di Saccone (2), che nell'epidemia della Piazza marittima di Taranto ha messo ripetutamente in evidenza nei prodotti morbosi e nel sangue dei malati un *micrococcus metatetragenus,* certamente distinto, attraverso ai caratteri ultimamente descritti, dal parameningococco di Segale.

Anche la frequenza relativa dei due più comuni fattori di infezioni secondarie e di complicazioni, il pneumococco e lo streptococco emo-

(1) « Münch. med. Woch », p. 928, 1918.
(2) « The Journ. of. the Am. med. Assoc. », Vol. 71, n. 13, 1918.

(1) « Pathologia », n. 239, 1918.
(2) « Annali di Med. Navale e Colon. », f. 5-6, 1918 e « Rif. Medica », n. 43, 1918.

litico, d'altronde spesso associati, presenta non indifferenti variazioni a seconda dei focolai epidemici, prevalendo ora l'uno ora l'altro, ora in forme classiche, altre volte invece sotto forma di varietà, varietà del gruppo pneumococcico e del gruppo streptococcico [*diplococcus epidemicus* di Bernhardt (1) ecc.], spesso descritto per quanto pur sempre, a parer nostro, sufficientemente individualizzato (a parte la classificazione biologica dei pneumococchi, secondo i criteri americani, su cui non abbiamo esperienza) in base a pochi e non fondamentali caratteri d'ordine morfologico e culturale, suscettibili di mutare anche per uno stesso ceppo.

« Qui a Torino, ove lo studio delle infezioni secondarie fu continuato da noi metodicamente, l'associazione del pneumococco classico, spesso identificato anche con l'innesto nel topolino, e dello streptococco emolitico si è mostrata assai frequente nei focolai bronco-pneumonici del cadavere con prevalenza assoluta dello streptococco (90 %) sul pneumococco (65 % dei casi). Raro e solo in casi morti tardivamente lo stafilococco aureo. Assai raramente, anche in corso di broncopolmonite, l'emocultura in vivo è riuscita positiva per il pneumococco, un po' più spesso per lo streptococco, che fu per altro rinvenuto varie volte nel succo splenico del cadavere.

« Nel pus degli empiemi (circa 30 casi) streptococco emolitico nel 100 % dei casi, associato in poco meno della metà al pneumococco. Nel pus di parotiti e tiroiditi lo stesso reperto di streptococco, qualche volta assieme allo stafilococco aureo. In alcuni casi di glomerulo-nefrite, streptococco nelle orine in cultura pura ».

Si è riaffermata adunque qui a Torino, come del resto un po' dovunque, per quanto in proporzioni alquanto diverse, la notevolissima frequenza, nelle forme complicate, dello streptococco, che non di rado fu trovato in cultura pura o quasi pura anche nell'escreato di forme recenti senza complicazioni bronco-polmonari di sorta, tanto da indurci, fin dal principio, a praticare, all'inizio della sindrome influenzale e a titolo di cura preventiva delle complicazioni, l'iniezione di forti dosi di siero antistreptococcico, con risultati che a noi sono parsi incoraggianti.

Si tratta d'altronde di un reperto, che fu già ripetutamente rilevato nel corso della pandemia del 1889-92.

È uno streptococco solo o sono varî? È, sovratutto, uno streptococco differenziabile in qualche modo dalla serie degli streptococchi morfologicamente e culturalmente affini? La domanda è stata posta legittimamente da alcune parti senza che, per quanto noi sappiamo, la questione sia stata risolta in modo soddisfacente. La soluzione non può derivare difatti che da metodiche comparative ricerche di ordine biologico, che per intanto mancano. Per ciò che riguarda i ceppi da noi isolati, essi si sono mostrati, con differenze morfologiche e culturali di poco conto, fondamentalmente eguali, con le caratteristiche proprie del gruppo dello *streptococcus piogenes hemolitycus*. Le riassumiamo brevemente:

« Dal lato morfologico, piccoli cocchi rotondeggianti, grampositivi, riuniti a coppie (brodo) e a catenelle lunghe o corte, a disposizione streptococciva e talvolta diplostreptococcica.

« In agar-sangue colonie di varia grandezza per lo più minutissime, puntiformi, sempre circondate da un distinto alone emolitico.

« Precipitazione in brodo sotto forma di grumi o fiocchetti, talora precoce (24 ore), talora intorbidamento iniziale e precipitazione successiva dopo 48 ore ed oltre.

« Sviluppo in agar comune e in maniera più rigogliosa in agar Levinthal o in agar-ascite sotto forma di piccole colonie translucide, non confluenti.

« Nessuna batteriolisi in seguito ad aggiunta (al brodo) di bile.

« Nessuno sviluppo in gelatina.

« Coagulazione del latte in un tempo variabile, secondo i ceppi, da 48 ore a 3-4 giorni; arrossamento evidente in siero di latte alla Petruschky.

« Arrossamento dei mezzi tornasolati al glucosio, lattosio, maltosio, destrina; arrossamento scarso e più spesso nullo nei mezzi al saccarosio, nessuna azione sui mezzi alla mannite.

« Azione patogena incostante per iniezione sottocutanea nei topolini con morte tardiva (dopo 4-5-6 giorni) o più o meno rapida ripresa dopo un periodo di malessere. Nei conigli inoculati sottocute alla base dell'orecchio con un cm. di cultura in brodo-ascite tipica risipola, per lo più non mortale.

« I varî ceppi, quelli che, naturalmente, non presentavano il fenomeno dell'agglutinazione spontanea (piuttosto frequente) venivano agglutinati promiscuamente alla diluizione di 1 : 200-1 : 500 ed oltre da sieri di convalescenti di broncopolmonite e non di rado anche di forme grippali protratte e apparentemente non complicate ».

Comunque sia, del resto, dell'ardua e tuttora insoluta classificazione degli streptococchi, la relativa gravità dell'odierna epidemia dopo le prime benigne manifestazioni del maggio e giugno, la non indifferente mortalità, la frequenza delle complicazioni bronco-pneumoniche e pleuriche e, per quanto più raramente, anche di altro ordine (otiti, parotiti, tiroiditi, flebiti, endocarditi, pericarditi, glomerulonefriti, ecc.) appariscono sufficientemente documentate e interpretate alla stregua dei dati sopra riferiti.

Resta da trattare la questione eziologica fondamentale, quella che si riferisce alla natura del virus primitivo.

(Continua)

(1) « Pathologica », n. 239, 1918.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La peritonite sifilitica, causa frequente dell'ascite nelle cirrosi del fegato.

(M. LETULLE. *Bull. de l'Acad. de Médecine.* Seduta del 3 sett. 1918).

Oltre alle lesioni note e classiche sclero-gommose della sifilide epatica, secondo l'A., esiste una *cirrosi sifilitica,* riconoscibile, oltre che per criterî generali (soggetto sifilitico: Reazione di Wassermann positiva, curabilità, sebbene incompleta) per lesioni isto-patologiche, assai nette, che permettono la constatazione di caratteri specifici. A queste epatiti croniche specifiche non raramente si accompagna una estesa e grave lesione del peritoneo, che ha come fondamento etiologico l'infezione sifilitica e, come esponente clinico più importante, l'ascite.

L'A. tralascia per ora la parte clinica e si diffonde a stabilire le note fondamentali anatomo-patologiche macro e microscopiche, in base alle quali egli è giunto a conclusioni nette sulla natura delle lesioni stesse.

Le osservazioni finora studiate sono in numero di dieci, esse permettono di fissare i seguenti *caratteri macroscopici* comuni:

La sierosa peritoneale è *ispessita,* in qualche punto in modo notevole; ne risulta alterata la sua morbidezza, e velata la sua translucidità, sì da assumere un aspetto biancastro *madraperlaceo.*

Il peritoneo ha subito delle vere mutilazioni in seguito ad *aderenze,* a *deformazioni atrofiche,* a *retrazioni cicatriziali.*

Le *aderenze* colpiscono il peritoneo della parte alta della cavità addominale, specialmente quello che circonda il fegato, la milza, lo stomaco. Le aderenze determinano sinfisi dei foglietti, sicchè non raramente la retrocavità degli epiploon può risultare abolita, il colon trasverso saldato al margine inferiore del fegato, il fegato stesso fissato alla pagina inferiore del diaframma.

Il peritoneo gastrico può essere colpito e con esso prendere aderenze quello che circonda il colon trasverso, e il grande epiploon.

In casi molto avanzati il fegato cirrotico, la milza, lo stomaco, il colon trasverso, l'epiploon formano un enorme blocco fissato alle pareti superiori della cavità addominale.

Le anse dell'intestino tenue si trovano nuotanti e libere nel liquido ascitico, ma anche il foglietto peritoneale che le circonda è opacato, biancastro, ispessito.

Egualmente opacato e di aspetto porcellaneo è il peritoneo pelvico.

Le *deformazioni atrofiche* del peritoneo sono caratteristiche della peritonite sifilitica; esse sono variabili. Una delle più importanti è il raccorciamento generale dell'intestino tenue, accompagnato da ispessimento ed induramento della parete delle anse intestinali, di cui le flessuosità sembrano notevolmente diminuite per numero. In una delle osservazioni pubblicata dal dr. Brizard, il tenue raggiungeva appena la lunghezza totale di circa 3 metri.

Anche il mesentere si presenta ispessito, più denso, e meno molle del sano. Tutte le dimensioni sono ridotte: più corto e meno largo. Sebbene l'aspetto sia biancastro, non raggiunge lo stato porcellaneo descritto.

Il grosso intestino è ridotto per lunghezza (fino a soli 90 cm.), modificato per forma. Tale deformazione può colpirlo in tutta la sua estensione, ma più frequentemente è segmentaria (porzione cecale - trasversa - colon iliaco). Le gibbosità della parete sono meno evidenti che nel normale, le appendici epiploiche appena riconoscibili.

Il cieco può essere retratto e notevolmente ridotto di volume, anche l'appendice vermiforme quasi scomparire.

Il colon può assumere disposizioni molto svariate: di regola esso è respinto rispettivamente nelle fosse iliache e al di sopra dell'ombelico; in qualche caso il colon ascendente e una porzione più o meno ristretta del trasverso si sono saldate a guisa di un U o di un C a convessità in alto o a destra venendo così a formare la figura di una enorme ansa, o di una corona, o di un cerchio.

Il grande epiploon si ammassa, si deforma, si fissa qui e lì; eccezionalmente si riscontra una epiploite cronica e diffusa o mutilante come nella peritonite tubercolare; l'epiploon, sebbene per lo più legato da aderenze alla parete anteriore e retratto, è però sempre ancora riconoscibile.

Ispessito e retratto è l'epiploon gastro-epatico; i gangli dell'ilo del fegato si mostrano più duri, biancastri al taglio; essi sono invasi da lesioni infiammatorie atrofiche antiche.

Le *lesioni microscopiche,* variabilissime per età e per grado, presentano un carattere fondamentale comune: in tutte le regioni nelle quali la sierosa è colpita, nelle lesioni giovani o vecchie, lievi o profonde, sempre la sua armatura elastica fondamentale appare alterata, mutilata: le fibre elastiche, che, allo stato normale, costituiscono una vera membrana elasti-

ca limitante, sottoendoteliale, sono in parte o in totalità scomparse nella peritonite sifilitica.

L'A. descrive *tre tipi di lesioni fondamentali*: un primo tipo è caratterizzato da una infiltrazione linfocitaria, disordinata negli spazî interstiziali del tessuto fibro-vascolare fondamentale; il rivestimento endoteliale è conservato o iperplastico; tuttavia non v'è essudato fibrinoso alla superficie. In mezzo a tale tessuto si riscontrano dei piccoli isolotti linfocitarî, raggruppati intorno ai vasi, cellule giganti isolate in pieno tessuto sieroso; o ammassi di gomme miliariche nel tessuto cellulo-adiposo sottosieroso. Tali formazioni specifiche elementari, quando si trovano raggruppate in ordine intorno ad una placca d'infiltrazione gommosa diffusa, non lasciano dubbio alcuno sulla natura di tutta la lesione, *sebbene l'A. non sia riuscito ancora a mettere in evidenza la spirochete pallida.*

Il loro ammassamento nodulare poco stipato, differisce profondamente dai noduli bacillari; anzi, nella stessa forma, essi si ritrovano a livello di altre sierose (pericardio, articolazioni) colpite da affezioni sifilitiche accertate.

Il secondo tipo di lesioni fondamentali è dato dalla formazione di neomembrane, che serrano e circondano da ogni parte organi ed anse intestinali. L'infiammazione ha qui il carattere di reazione: uno strato enorme di tessuto fibrovascolare si sviluppa alla superficie dell'intestino; qualche vaso chilifero enormemente dilatato; l'aspetto è quello di una *« sierosite subacuta essudativa »* sul principio, poi *neomembranosa,* causata, pare, da una infezione profonda, grave, prolungata dello strato sottosieroso dell'intestino tenue.

Il terzo tipo di lesioni è costituito dalla via che segue la proliferazione infiammatoria, la quale si svolge al disopra della sierosa più che nella sua intimità, come nel secondo tipo: vasi sanguigni neoformati si sollevano, e con essi masse neo-connettivali. Il nuovo strato sottoendoteliale di questo peritoneo iperplastico e sclerotico si presenta come una banda trasversale di tessuto connettivo denso, meno vascolarizzato ma tatuato da numerose cellule giganti. Tali caratteristiche differenziano nettamente questi dai tessuti morbosi in rapporto con le bacillosi.

L'A. crede che essi siano l'indice dell'attività del processo morboso, non ancora spento, e che *una buona tecnica riuscirà a mettere in evidenza la spirochete.*

L'A. infine, in base ai dati anatomopatologici, tenta di ricostruire l'andamento del processo morboso: l'agente causale, la spirochete, provoca nei punti, nei quali essa si ferma, una iperdiapedesi linfocitaria, ora diffusa, ora localizzata, a predominio perivascolare; spesso la sierosa, irritata in tutto il suo spessore, si tumefà, si semina di cellule giganti isolate, di follicoli elementari specifici.

Ciascuno di questi, ben riconoscibile per la sua cellula gigante centrale, circondato da una zona assai discreta di cellule vitree, epitelioidi e di *plasmzellen,* richiama un afflusso di linfociti, che formano una corona più o meno regolare.

Una vera gomma si costituisce in prosieguo dal conglomerato dei follicoli primitivi; infine il progresso della malattia può dar luogo ad una infiltrazione gommosa centrale, intorno alla quale irradiano i follicoli specifici.

Tale forma, miliare o nodulare di peritonite sifilitica, è piuttosto rara; frequentemente invece la sifilide colpisce più largamente la membrana peritoneale; si coltiva nella sottosierosa, ottocca e demolisce lo scheletro elastico, provoca la proliferazione del tessuto cellulo-vascolare e produce alla superficie della sierosa desquamata, un essudato fibrinoleucocitario più o meno ricco di cellule giganti isolate, diviene cioè l'origine d'una reazione neomembranosa, paragonabile alla peritonite acuta essudativa.

Le *poussées* di tessuto neomembranoso sembrano la regola nella peritonite sifilitica secondaria a cirrosieaptica.

Ne deriva così una sierosa infiammata cronicamente, che s'iperplasizza e dà luogo ad una sclerosi ipertrofica, spesso infarcita di cellule giganti: da ciò il versamento ascitico durevole, progressivo che la clinica conosce e di cui essa ricerca ancora le cause determinanti.

Le conclusioni alle quali l'A. giunge sono le seguenti:

1°) Il peritoneo costituisce frequentemente il terreno di scelta per lo spirochete della sifilide.

2°) Di regola la peritonite sifilitica è secondaria ad una infiammazione del fegato (sclerogommosa o cirrosi diffusa, considerata a torto come conseguenza dell'abuso dell'alcool).

3°) La peritonite sifilitica secondaria, può essere generalizzata a tutta l'estensione della sierosa, ma di preferenza essa resta parziale e circoscritta ad una o più regioni di predilezione (periepatica - peridigiunale - iliaca - pericecale - pericolica).

4°) Qualunque sia l'estensione e la forma e la sua struttura microscopica, la sierosite specifica rispetta lungamente l'integrità della strut-

tura degli organi; solo tardi li serra e li strozza nelle sue retrazioni cicatriziali.

5°) Le deformazioni e le mutilazioni atrofiche delle pieghe peritoneali colpite possono dar luogo a gravi complicanze.

t. p.

CHIRURGIA.

L'innesto eterologo morto nel trattamento delle ferite dei nervi.

(L. SENCERT. *La Presse Médicale*, 23 dic. 1918).

Allorchè un nervo periferico completamente sezionato da un proiettile, è abbandonato a sè stesso, l'evoluzione normale della ferita nervosa porta alla formazione di un *nevroma* in corrispondenza della superficie di sezione superiore e d'un *glioma* sulla superficie di sezione inferiore, dovuti il primo alla proliferazione delle fibre nervose e il secondo alla proliferazione delle guaine di Schwann. Per mezzo del neuroglioma intermediario il nervo può ripararsi, anche se esiste un piccolo intervallo fra i due capi; ma se l'intervallo è considerevole, la potenza proliferatrice del neuroma non basta più a farlo superare dalle fibre nervose neoformate, e si forma una cicatrice isolata dei due capi con interposizione di un tessuto fibroso denso, ostacolo invincibile alla riparazione. Per ottenere la riparazione del nervo così viziosamente cicatrizzato, bisogna: 1° resecare tutto il tessuto fibroso interposto fra i due capi; 2° resecare il nevroma e il glioma prima di ravvicinare i capi nervosi. È necessario mostrarsi molto generosi nella resezione delle estremità nervose da suturare, sopratutto dell'estremità superiore, se si vuole avere un capo superiore capace di rigenerazione e un capo inferiore permeabile ai fascicoli rigenerati.

Come si può riparare questa perdita di sostanza?

In qualche caso e per certi nervi, con l'estesa mobilizzazione nervosa combinata con attitudini appropriate dei segmenti dell'arto, si può ottenere senz'altro la riunione capo a capo; ma questo è un metodo non consigliabile.

La *sutura a distanza* a mezzo di fili di catgut è stata poco impiegata, e non esiste neppure una osservazione che permetta di raccomandarla.

Lo stesso si può dire della *sutura tubulare di Van Lair*. Qualunque sia stato il mezzo adoperato (tubi di *caoutchouc* o di magnesio, trachee di piccoli animali o arterie indurite nel formolo), non esiste un solo risultato positivo che incoraggi a seguirne il metodo.

La *neuroplastica per sdoppiamento*, che consiste nel colmare la perdita di sostanza con lo sdoppiamento di uno o di entrambi i capi del nervo sezionato, è stata quasi universalmente condannata.

La *neuroplastica per anastomosi*, che consiste nell'anastomizzare il capo inferiore del nervo reciso lateralmente con un nervo vicino o il capo superiore del nervo tagliato lateralmente con un nervo sano vicino, manca ancora di consacrazione clinica e non riposa su alcuna esperienza istologicamente controllata.

L'*innesto nervoso* costituisce il metodo di scelta, e a seconda della provenienza di esso, si dice che si tratta di un *innesto autoplastico* o *autoinnesto* se preso dallo stesso soggetto, di un innesto *omeoplastico* se preso da un soggetto di specie differente.

L'*innesto autoplastico* può essere prelevato dal nervo ferito (per sdoppiamento del capo inferiore) o da un altro nervo, sensitivo o misto, vicino o lontano.

L'*innesto omeoplastico* può essere fresco o conservato (nella vaselina bionda e a freddo, secondo il metodo di Carrel).

L'*innesto eteroplastico* consiste nel prendere in prestito da un animale, immediatamente prima dell'operazione, un segmento di nervo che si trapianta *d'emblée* tra i due capi del nervo reciso. Recentemente M. Nageotte ha avuto la idea d'impiegare innesti eteroplastici morti per colmare le perdite di sostanza nervosa. Partendo dal concetto che la sostanza connettiva dell'organismo vivente non è altro che un coagulo inerte sorto a contatto degli elementi cellulari e servente ad essi d'*habitat*, se si tratta un frammento di tessuto o d'organo con l'alcool, si uccidono gli elementi cellulari, ma non si modifica l'apperecchio connettivale; se si trapianta in un altro organismo questo innesto morto, la sua sostanza connettiva si fa aderente a quella in cui è innestato; poi i fibroblasti provenienti dalle parti viventi vicine invadono l'innesto e lo ripopolano stabilendosi negli spazi lasciati vuoti dalla scomparsa degli antichi abitatori. All'innesto si domanda unicamente di porre sul tragitto delle giovani fibre nervose uscite dal nevroma superiore, una sostanza solida che sia loro permeabile e che, nello stesso tempo, non permetta al tessuto fibroso d'installarsi al loro posto.

Nageotte e l'A. hanno ripetuto più volte la seguente esperienza con risultati sempre costanti:

Su un cane si mette a nudo lo sciatico destro, se ne isola un segmento di 2 cm. con due incisioni trasversali e si ristabilisce immediatamente la continuità del nervo con una doppia sutura nevrilemmatica. Si è fatto così un auto-innesto ideale. Sullo sciatico sinistro si fa la medesima operazione, ma si toglie il segmento nervoso isolato e si rimpiazza con un segmento di sciatico di vitello ucciso nell'alcool. Si è fatto così un etero-innesto morto. Ora, le turbe sensitive, paralitiche e trofiche sono più marcate e durano di più dal lato dell'auto-innesto che da quello dell'innesto morto. Se, parecchi mesi appresso, si sacrifica l'animale, si constata che il peso dei muscoli è più elevato dal lato dell'innesto morto che da quello dell'auto-innesto, e che l'innesto morto non si riconosce, per così dire, più, tanto fa parte del nervo rigenerato. Infine l'esame istologico dimostra che l'innesto morto è di gran lunga migliore dell' innesto vivente.

L'A. ha trasportato questo metodo sperimentale in chirurgia umana ed ha praticato finora 15 innesti nervosi morti nell' uomo. Gl' innesti di cui si è servito sono dei pezzi di nervi sciatici di vitelli nati-morti, di 60 cm. di lunghezza. Questi pezzi di nervi sono stati prelevati asetticamente, immersi nell'alcool a 70°, poi conservati in piccoli tubi di vetro riempiti d'alcool a 50° e chiusi alla lampada. Durante l'intervento operativo, se si trattava di ferite recenti, la preparazione del nervo consisteva nel semplice avvivamento del capo superiore e di quello inferiore, fra cui interponeva e suturava un segmento di nervo sciatico di vitello di lunghezza proporzionale alla perdita di sostanza.

In caso di ferite antiche, con sezione completa del nervo, l'A. ha resecato da principio tutto il tessuto fibroso intermediario fra il nevroma e il glioma; poi ha tagliato trasversalmente il capo superiore immediatamente al disopra del nevroma. Quando il capo superiore era considerato come buono, avvivava il capo inferiore fino a che fosse permeabile. Se il nervo non era stato completamente reciso, resecava soltanto, come se si trattasse di un nervo totale, il tratto fibroso, il nevroma e il glioma, risparmiando i fascicoli nervosi intatti. Tra i due capi interponeva l'innesto che fissava con due punti per parte, e terminava ricostituendo al disopra il nevrilemma inciso. Riunione della ferita senza drenaggio.

Poichè il primo intervento operativo rimonta al 14 marzo 1918, è ancora troppo presto per poter giudicare dei risultati funzionali di questo metodo. Tuttavia l'A. possiede già per tre degli operati documenti d'ordine anatomico e clinico del più alto interesse. Per l'uno, si tratta di una riparazione morfologica del nervo mediano all'estremo distale dell'avambraccio operatoriamente constatata; per i due altri, si tratta di un inizio di restaurazione funzionale clinicamente constatato.

L'A. pensa che un prossimo avvenire ci renderà definitivamente edotti del valore dell'etero-innesto nervoso morto in chirurgia umana.

B. MASCI.

NEUROLOGIA.

I disturbi nervosi e mentali nel gozzo esoftalmico.

(L. F. BARKER. *Journ. Am. Med. Ass.* 1918, 3 ag.)

La sintomatologia del gozzo esoftalmico è la espressione di alterazioni funzionali del sistema nervoso centrale e più specialmente del sistema nervoso vegetativo o autonomo. Questo ultimo sistema, come è ben noto, attraverso i suoi neuroni mesencefalici, bulbari e midollari, che sono in relazione con elementi perifericamente situati nei gangli simpatici e negli stessi visceri, innerva tutti i muscoli lisci dell'organismo, il muscolo cardiaco e tutte le glandole. Perciò ogni sintoma caratterizzato da disturbata contrazione di muscoli lisci o del cuore, o da disturbi della secrezione glandolare deve essere attribuito ad alterazione del sistema nervoso vegetativo.

Nel gozzo esoftalmico sono molto numerosi i sintomi di questa categoria. Così alla testa ed al collo si ha: 1° Segno di Gräfe; 2° Segno di Dalrymple; 3° Protusione dei bulbi oculari; 4° Epifora o secchezza degli occhi; 5° Fenomeno di Loewi; 6° Eccesso o difetto di salivazione. Nel sistema respiratorio si ha: 1° Accessi asmatici; 2° Dispnea o tachipnea. Nel sistema circolatorio: 1° Tachicardia; 2° Polso irregolare respiratorio; 3° Angina vasomotoria; 4° Cardiopalmo; 5° Modificazioni transitorie della pressione vasale; 6° Sintomi vasomotorî, specialmente eritema temporaneo e dermografismo. Nel sistema digestivo si ha: 1° Gastrospasmo e pilorospasmo; 2° - o ipoacidità gastrica; 3° Costipazione spastica; 4° Diarree liquide, indolori e vomiti. Nel sistema uriogenitale si ha: 1° Pollakiuria, poliuria ed oliguria; 2° Disturbi della mestruazione e della lattazione; 3° Disturbi del senso e della potenza sessuale. Nel sistema glandolare cutaneo si ha: 1° Sudori profusi.

Se a tutti questi sintomi si aggiungono le alterazioni del sangue e del ricambio materiale si può apprezzare la preponderanza del sistema ner-

voso autonomo nella sintomatologia del gozzo esoftalmico.

Naturalmente non tutti i detti sintomi sono presenti nello stesso paziente, anzi ve ne sono di quelli, come l'epifora e la secchezza congiuntivale, la scialorrea e la xerostomia, la stipsi e la diarrea, la cui presenza si esclude vicendevolmente. E ciò in rapporto al fatto che il sistema nervoso autonomo consta di due parti funzionalmente antagoniste: ciascuno elemento dei muscoli involontari e delle glandule secretorie sta sotto il controllo di due specie di neuroni i cui effetti si bilanciano reciprocamente. Così stimolando una specie di fibra si ha un rallentamento della frequenza dei battiti cardiaci, stimolando le altre si ha un acceleramento; stimolando alcune fibre si ha scialorrea, stimolando altre si ha xerostomia. Ordinariamente i due sistemi si bilanciano, ma si tratta di un equilibrio instabile che può essere spostato ad ogni momento. D'altra parte in individui costituzionalmente inferiori ci può essere uno sbilancio permanente, cioè una prevalenza duratura, una sensibilità speciale agli stimoli di uno dei due sistemi. La concezione appunto della vagotonia e della simpacotonia poggia su questo postulato. E così ci sono stimoli capaci di eccitare specificamente uno dei due sistemi: l'adrenalina eccita il simpatico, la pilocarpina eccita e l'atropina paralizza il vago, e le stesse sostanze in grandi dosi finiscono per paralizzare le stesse fibre che in piccole dosi sono capaci di eccitare.

Nel gozzo esoftalmico si incontrano dei fatti veramente particolari, in quanto che nello stesso paziente si possono trovare sintomi riferibili ad eccitazione del simpatico (tachicardia, protusione dei bulbi oculari) ed altri riferibili ad eccitazione del vago (sudorazione profusa, diarrea). Talora tali falle di origine diversa, sono combinate nello stesso paziente in proporzioni presso che uguali, ma si può anche verificare che i sintomi a carico del simpatico predominano su quelli a carico del vago e viceversa, per modo che si può avere un gozzo esoftalmico a tipo simpaticotonico ed uno a tipo vagotonico.

I processi degenerativi a carico delle fibre nervoce periferiche dell'asse cerebro-spinale, sia motorie che sensitive, raramente assumono una importanza tale da richiamare l'attenzione dei clinici. Diller ha pubblicato un caso di polineurite a carattere acuto e raipdamente progressivo in un individuo affetto da gozzo esoftalmico: ma la coincidenza delle due malattie non permette per sè sola di stabilire tra loro un rapporto di causalità. Non raramente si verificano paralisi dei nervi cerebrali e più specialmente i nervi oculo-motori ed il facciale. Interessante è la paralisi associata di parecchi nervi cranici, la quale assume il quadro clinico della paralisi bulbare acuta, sub-acuta o cronica. Talvolta riesce molto difficile distinguere se si tratta di una paralisi bulbare con lesioni anatomiche o se si tratta invece di una miastenia gravis che non raramente accompagna il gozzo esoftalmico. Ulteriori studî assoderanno l'importanza della disfunzione timica in queste forme. Comunnque è certo che nel gozzo esoftalmico, salvo rari casi, i disturbi funzionali del sistema nervoso vegetativo sono sempre presenti ed hanno una importanza spiccata, mentre i disturbi funzionali a carico dei nervi periferici cerebro-spinali hanno sempre una importanza secondaria quando, come è il caso più comune, non mancano affatto.

Così non si possono certo attribuire a cause tireotossiche le grossolane lesioni organiche del cervello e del midollo che talvolta si sono riscontrate in individui affetti da gozzo esoftalmico. Così si devono considerare accidentali concomitanze le lesioni tabetiche, mielitiche, apoplettiche o neoplastiche che qualche volta si sono osservate. Analogamente si possono ritenere coincidenze accidentali la corea e l'epilessia, per quanto alcuni autori non escludono che si possa avere una epilessia tireotossica. Il trèmore caratteristico del gozzo esoftalmico è certamente di origine cerebrale, ma nulla ancora di preciso si conosce sulla patogenesi di questo sintomo.

Molto più interessanti sono i disturbi neurotici o psicotici che spesso presentano i pazienti di gozzo esoftalmico. La frequenza degli stati neurastenici, ansiosi, fobici ed ossessionali è ben nota, e spesso sono i primi a richiamare l'attenzone del soggetto e dei familiari.

Non sono rare vere forme mentali maniache, malinconiche, paranoidi, specie in soggetti con eredità psicopatica. Anche nei casi non gravi molto frequentemente si ha nervosità, irritabilità, incapacità di concentrare l'attenzione, cefalea, insonnia, dolore agli occhi, senso di pressione alla testa, facile stanchezza, dispnea, anoressia e nausea.

Il contegno del paziente è sempre più o meno anormale: sono caratteristiche la sua irrequietezza e la precipitazione dei suoi movimenti. Pare che il meccanismo fondamentale della personalità funzioni abnormemente: dei suoi tre componenti (conoscenza, sensazione e volontà) pare sia più compromesso il processo conoscitivo-volitivo.

In riguardo ai disturbi emotivo-sentimentali sorge la quistione se tali disturbi sono in rapporto a disturbi della innervazione viscerale e

vasale, i quali, come è noto, sono pur parte della sindrome del gozzo esoftalmico. In apparenza la teoria sulle origini delle emozioni, di James Lange, potrebbe in questa malattia trovare una conferma. Ma è più verisimile che i disturbi emotivi di tali pazienti abbiano la loro origine in una intossicazione diretta dei centri cerebrali.

DR.

DERMATOLOGIA.

Alopecie conseeutive all' influenza.

(THIBIERGE. *Societé médicale des Hôpitaux de Paris,* 20 decembre 1918 e *Presse médicale* 1919, n. 4, pag. 34).

L'autore ha osservato con notevole frequenza l'insorgere nei malati d'influenza, da 55 a 70 giorni dopo l'inizio dei fenomeni generali della malattia, un'alopecia che in alcuni casi aveva nel modo più spiccato l'aspetto di quelle che sono così frequenti nel periodo secondario della sifilide.

Quest'alopecia è specialmente evidente dopo le forme gravi con notevole aumento della temperatura e complicazioni pulmonari o intestinali. Si può peraltro osservare anche nelle forme leggere e di breve durata in quei soggetti che hanno presentato uno stato di astenia più o meno notevole o che, nel corso della convalescenza, andarono incontro a forte dimagramento.

Questa alopecia post-influenzale, che è per lo più di durata non lunga, sembra possa paragonarsi a quella che tien dietro all'eresipela del cuoio capelluto e non dovrebbe lasciare una calvizie definitiva se non nei soggetti ereditariamente predisposti.

La cura è basata, oltre che sull'applicazione dei consueti stimolanti locali, sull'uso interno di preparati ricostituenti come l'arsenico ed il fosforo (1).

V. MONTESANO.

(1) Alopecie post-influenzali sono state osservate anche da noi: la loro origine può riferirsi tanto allo stato di debolezza generale che l'influenza porta con sè, quanto anche a veri fatti infiammatorii follicolari e perifollicolari che forse si verificano nel decorso della malattia (in cui non è del tutto rara la comparsa di eritemi cutanei) e che si ripercuotono sulla nutrizione dei peli.

In un caso da me osservato, e di cui mi propongo di pubblicare la storia clinica completa appena mi sarà possibile, residuano ora dopo alcuni mesi chiazze di varia grandezza, sparse qua e là sul cuoio capelluto, nelle quali non solo i capelli non si sono riprodotti, ma si ha già un accenno di atrofia cutanea: si ha cioè l'inizio probabile di un quadro analogo alla *pseudo-area* del Brocq.

Con ogni verosimiglianza si tratta di una dermatite atrofizzante, insorta in soggetto predisposto forse per speciali condizioni nervose, dopo un eritema tossi-infettivo influenzale oppure anche dopo soli fatti infiammatorii follicolari della stessa natura.

Com'è risaputo, dermatiti atrofizzanti delle regioni coperte di peli (tipo *pseudo-area* BROCQ) possono sopravvenire in seguito a malattie infettive quali la sifilide ed anche, come in un caso da me descritto, il tifo.

V. M.

Cheratodermia blenorragica.

(LEVY-FRÄNKEL. *Annales des maladies vénériennes.* tom. XIII n. 7, 1918, pag. 385-388: rifer. in *Presse médicale* 1919, n. 6, p. 56).

L'autore descrive un caso di cheratodermia blenorragica un po' diverso dal tipo classico (localizzazione all'estremità o ipercheratosi plantare, un'integrità completa o quasi delle altre regioni), ed in cui si era fatta diagnosi di sifiliderma secondario.

Le lesioni erano disseminate sulla verga, sulle membra inferiori e sulle piante dei piedi. Sulla verga si osservava una chiazza rotondeggiante che ricordava un'ulcera crostosa con margini sporgenti e con il centro ricoperto da una crosta spessa, grigio-verdastra: sulle membra inferiori le lesioni avevano alcune l'aspetto di una ruipa, altre di callosità coniche circondate da un collaretto biancastro e sormontate da una cresta che si poteva allontanare *in toto* a mo' di un cono regolare, cavo all'interno.

Sulla pianta dei piedi infine esisteva una chiazza ipercheratosica che ricordava nell'aspetto le cheratodermie arsenicali.

Il soggetto aveva contratto blenorragia un mese addietro e le urine contenevano ancora filamenti.

Secondo l'autore, in questa forma di cheratodermia si doveva pensare ad un disturbo trofico per la disposizione simmetrica degli elementi eruttivi e soprattutto per l'esistenza di una leggiera linfocitosi del liquido cefalo-rachidiano la quale poteva far supporre l'intervento di un'alterazione delle radici o dei loro involucri nell'insorgere o per lo meno nella disposizione delle alterazioni cutanee.

La cura col vaccino NICOLLE-BLAIZOT fu efficace perchè alla VI^a iniezione le creste si distaccarono spontaneamente e dopo un mese tutti i fenomeni cutanei si erano dileguati.

V. MONTESANO.

MEDICINA SOCIALE.

La tubercolosi si estende.

È questa la dolorosa constatazione del momento storico che attraversiamo: la tubercolosi si estende.

Non si parlerà mai abbastanza di questo flagello e della necessità sociale di combatterlo: tenacemente e con fede.

Diciamo « *con fede* » perchè una lotta ben condotta contro la malattia riesce sempre a diminuirne la estensione e forse anche l'intensità.

Nella storia della tubercolosi, malattia veramente universale che ha sempre accompagnato il genere umano, si notano due fatti: che essa ha *delle località* predisposte alla sua diffusione e che ha *delle epoche*, del pari predisposte, in confronto ad altre relativamente immuni.

Non vogliamo oggi occuparci delle predisposizioni — diremo così — *geografiche;* ci occuperemo soltanto delle predisposizioni *storiche,* se così possiamo permetterci di chiamarle per il fatto che son collegate alla storia di un dato paese in un'epoca determinata.

Lo studio di questa specie di predisposizioni ci porta ad affermare che la diffusione della tubercolosi in un paese è in stretto rapporto con le sue vicende storiche, (siano esse di natura politica, economica o culturale) *in quanto* queste vicende implicano o una diminuzione dei mezzi necessarii di vita, rappresentati in prima linea dalla alimentazione, oppure un aumento di fatiche, di ansie, di dolori, di emozioni, quale può aversi, per esempio, in una guerra.

Ma altre cause di diffusione della tubercolosi, anch'esse di carattere storico, possono esser date dalla trasformazione della civiltà agricola in civiltà industriale; da cattive dottrine mediche; da massime errate di assistenza e di igiene pubblica; da negligenze individuali e collettive nell'applicazione della profilassi e della cura.

* * *

1) Queste ultime, che saranno le prime nella nostra rapida trattazione del tema, sono specialmente dovute ad un ottimismo sbalorditivo di fronte ad una malattia che il genio di Guido Baccelli definì così bene con la denominazione di « *fillossera del genere umano* ».

Ricordiamoci dunque dell'affermazione del Duclaux: « *ciascuno di noi o è tubercoloso o lo è stato o lo sarà!* ».

Terribile sentenza? No. *Confortante* anzi, poichè significa che la tubercolosi è malattia più facile a guarirsi di quello che non si creda; *utile* poi per la propaganda antitubercolare perchè rende familiare al pubblico l'idea della malattia e le toglie quel carattere di pauroso e vergognoso mistero che era — ed è forse ancora — il maggiore ostacolo alla sua profilassi.

Nessun ottimismo dunque nel senso di credere che la tubercolosi sia una malattia non molto frequente; ottimismo soltanto nel pensare che essa può facilmente essere prevenuta e curata. Questo secondo ottimismo è altrettanto utile quanto il primo è dannoso.

Se il primo dei due ottimismi è dannoso negli individui singoli, tanto più lo è nelle collettività; uno Stato, ad esempio, che disconosca la frequenza vera della tubercolosi e non lotti con mezzi adeguati contro questo flagello, manca ad una delle sue funzioni più importanti e più doverose.

Per un gran pezzo si è continuato a dire dagli uomini politici di fede burocratica che le funzioni di assistenza sono funzioni sociali, ma non statali.

Ora fortunatamente non si pensa più così e dalla burocrazia medica sono venute delle buone lezioni al mondo politico italiano. Lezioni che daranno buon frutto anche nella lotta antitubercolare, la quale comincia finalmente ad esser fatta sul serio, in base ad un'esatta valutazione del danno e del pericolo sociale che la tubercolosi rappresenta.

E si sta anche diffondendo nel pubblico una idea più chiara del problema della tubercolosi, che è meglio conosciuta e meno temuta di prima, benchè se ne sappia assai maggiore la frequenza e più grave di quello che prima non si credesse il pericolo di contrarla.

Per ciò che riguarda « *le negligenze individuali e collettive nell'applicazione della profilassi e della cura del morbo* » siamo dunque ora, in Italia, in un periodo piuttosto favorevole alla lotta. Il terreno è ben preparato.

Non era così qualche anno fa, quando cominciammo a lottare.

* * *

2) Allora, parlo di venti anni or sono, v'erano inoltre molte « *massime errate in fatto di assistenza e di igiene pubblica* » che oggi stanno per fortuna disparendo.

Tutta la profilassi era orientata verso la distruzione o la disordinata e cieca caccia dei germi contenuti negli sputi; ma non tanto nella vicinanza immediata del tisico, nella sua abitazione, entro il raggio della sua atmosfera personale quanto nell'ambiente in generale: la strada più che la casa era presa di mira ed era un errore.

L'altro errore era nel dare l'assistenza quasi

soltanto al tubercoloso conclamato, mentre si lasciavano per incuria diventar tali quelli che ora si cominciano a curare fin dall'inizio del male, prima ancora che la malattia sia palese. Si era evidentemnte anche per questo per una strada sbagliata.

Ora sì che siamo invece sulla buona strada con gli accertamenti diagnostici fatti per tempo in tutti gli individui più esposti al contagio tubercolare, nei deperiti, nei depressi, in tutti coloro che hanno aspetto di predisposti alla tisi, di poco resistenti all'azione parassitaria del germe tubercolare.

In un bel lavoro su questo argomento pubblicato nel n. 36 dello scorso anno in questo giornale, il prof. G. BRECCIA, dell'Università di Genova, ha richiamato giustamente l'attenzione sugli insegnamenti del DE GIOVANNI e del MARAGLIANO, i quali, per il lato morfologico il primo e per quello biologico il secondo, hanno dimostrato nella personalità fisica del soggetto un coefficiente di primo ordine per l'attecchimento del germe tubercolare.

Su tutti questi soggetti, o gravemente predisposti o già tubercolizzati o con forme incipienti di tubercolosi facilmente guaribili, più che nei tisici conclamati, si deve riversare a pieno canale l'opera di assistenza e di profilassi, organizzata dai pubblici poteri.

I tisici avanzati invece possono anche essere affidati alla *pubblica beneficenza,* essendo divenuti inguaribili ed essendo più che altro oggetto dell'altrui pietà e carità. Essi sono già entrati nel dominio della morte, come i cancerosi, i paralitici progressivi ed altri disgraziati per i quali la più favorevole soluzione è una sollecita fine eutanasica. Bisogna pur lasciare qualche cosa alla beneficenza ed ai sentimenti pietosi che ne sono il movente!

Ma i predisposti, i tisici incipienti e guaribili no: essi hanno tutti i diritti alla vita, possono essere salvati e lo debbono essere. Per essi è l'opera dell'*assistenza sociale,* organizzata finalmente dallo Stato.

Con un'assidua, tenace, fidente opera di prevenzione e di cura questi valori umani devono essere ripristinati. Nulla devesi risparmiare di ciò che è necessario per rinforzare questi deboli organismi, per impedire potendolo la penetrazione del germe ed il suo attecchimento nei loro tessuti, per aiutare la *vis naturae medicatrix,* che in poche malattie è come in questa evidente e che è quasi sempre efficace quando non ne sia troppo turbata la benefica azione dalle cattive condizioni dell'ambiente e quando non sia troppo abbondante e perenne la sorgente infettiva.

Queste ultime considerazioni ci portano a parlare di un terzo errore, di natura politica questo, che accenna anch'esso a dissiparsi, benchè praticamente poco si sia ancora ottenuto. E lo errore è quello di affidare ancora alla benficenza, al sussidio, alla prestazione ampia e gratuita dell'opera medica il miglioramento delle condizioni di vita dei tisici guaribili, dei predisposti, dei deboli in genere; mentre invece solo l'organizzazione sociale e politica, affidata ad uomini tecnici di riconosciuta competenza, muniti di pieni poteri e di mezzi adeguati, potrebbe realizzare nelle case di questi individui e nelle instituzioni sussidiarie annesse a queste case, popolari, le condizioni necessarie per la loro guarigione. È tutto un vasto problema che non è stato ancora studiato *espressamente.* Il problema della casa, della vita del povero è stato studiato frazionatamente, senza un piano d'insieme per questi studii.

È indispensabile per la lotta contro la tubercolosi correggere questo errore fondamentale e fare per gli uomini quello che si fa per le viti. La cultura della vigna è oggi impiantata tecnicamente ed economicamente sulla base della necessaria protezione delle piante dalla malattia che è loro specifica. Non è chieder molto che si faccia altrettanto per le piante umane, non meno importanti di quelle.

La tutela dello Stato è indispensabile per le classi lavoratrici le quali non possono essere abbandonate a loro stesse. Anche dopo una elevazione dei salarii, anche dopo una completa assegnazione di tutto il frutto del loro lavoro ai lavoratori, se questi non sono assistiti non pensano al risanamento delle loro condizioni di vita.

Io ho anzi visto peggiorare queste condizioni in Liguria con l'elevarsi dei salarii che largamente contribuirono più alla diffusione dell'alcoolismo — altra grave concausa della tubercolosi — di quello che al benessere famigliare degli operai. La verità innanzi tutto.

***

3) Anche « *cattive dottrine mediche* », abbiamo detto, possono essere causa di un aggravarsi del contagio tubercolare. È sperabile che il fatto non si ripeta, ma ciò fu vero specialmente prima della scoperta di Koch, durante un secolo circa: un secolo di cecità inesplicabile, che trascorse nella piena, voluta, trascuranza di ogni regola di igiene a prevenzione del contagio tubercolare.

Mentre nei secoli precedenti e fin nell'oscuro medioevo, almeno quei pochi tisici che si pote-

vano diagnosticare tali anche dai profani, erano considerati pericolosi ed avvicinati con cautela ed i loro indumenti, le tappezzerie delle loro camere, i loro letti gettati alle fiamme; in quello che il bacillo tubercolare potrebbe chiamare il suo secolo d'oro, per l'influenza nefasta delle dottrine di BROUSSAIS e dei suoi seguaci non si presero più precauzioni di sorta. *E il contagio tubercolare si estese.* Forse però vi contribuirono, allora come adesso, i disagi e le privazioni delle guerre napoleoniche e degli sconvolgimenti politici in genere ai quali fu in preda in quei tempi l'Europa.

Ripresa la lotta antitubercolare, sebbene con deboli forze, dopo il mirabile sviluppo della scienza batteriologica, le cose migliorarono, ma assai lentamente. La pratica non seguì da vicino la teoria. Soltanto ora, da circa un ventennio, si può parlare di un'azione veramente grandiosa che ogni giorno più si intensifica e si estende, anche in Italia, sulla guida di un ottimo corpo di dottrina medica sull'argomento.

***

4) La « *trasformazione della civiltà agricola in civiltà industriale* ». Ecco senza dubbio un importantissimo fattore della estensione del flagello tubercolare. La vita dei campi all' aria aperta e sana è molto più favorevole alla salute del corpo, alla sua robustezza, alla sua resistenza organica di fronte alle infezioni e specialmente alla tubercolosi, di quello che non sia la vita di lavoro nel chiuso ambiente dell'officina spesso inquinata.

A questo fatto si deve la maggior diffusione della tubercolosi nei centri manifatturieri paragonata a quella dei centri agricoli e la comparsa della tubercolosi in località rurali che erano immuni e che, dopo il sorgere in esse di opifici industriali, specialmente con impiego di donne e di fanciulli, furono letteralmente devastate dalla tubercolosi. Nulla è infatti più micidiale del diffondersi del contagio tubercolare in una località immune. Ciò dipende molto probabilmente da inesperienza autodifensiva degli organismi che potrebbero dirsi biologicamente ignari dell'esistenza del bacillo di Koch. Ma su questi argomenti ci sono bellissimi studî di MARAGLIANO e di SANARELLI, di altri molti.

Conseguenza pratica? La necessità di speciali forme di lotta contro la tubercolosi, tenendo conto di tutto ciò che si è potuto imparare su questo capitolo. Sopratutto l'igiene più accurata degli ambienti di lavoro e delle case operaie da un lato e sorveglianza attiva, instancabile sui possibili candidati della tubercolosi, iniziata nella prima infanzia dall'altro. Realizzazione inoltre delle migliori condizioni di vita tanto degli operai quanto, e sopratutto, delle loro famiglie.

***

5) Ma le vicende storiche più importanti non sono quelle che, più strettamente, costituiscono la *storia della medicina dell'igiene e dell'assistenza pubblica*: sono invece proprio quelle altre che formano la *storia politica* delle nazioni.

Non sono certamente semplici coincidenze quelle che fanno aumentare l'intensità e la diffusione del contagio tubercolare in rapporto con *le guerre.*

Pur non tenendo conto della ben nota ed antica conoscenza popolare che le guerre si trascinano dietro, indivisibili compagne, *le carestie* e *le pestilenze,* non v'è dubbio che per la tubercolosi la nefasta influenza della guerra è provata dai fatti con l'esattezza dimostrativa di un esperimento scientifico.

Abbiamo accennato alle due maniere principali nelle quali la guerra concorre all' aggravamento del contagio tubercolare: 1) alla *deficiente alimentazione,* fatto frequente nella popolazione civile, ma dolorosissima realtà in questa guerra, per i nostri prigionieri in Germania ed in Austria: 2) alle condizioni di *vita agitata, faticosa, emozionante* in mezzo agli orrori ed ai dolori della guerra pei combattenti.

Sarebbe superfluo insistere sui danni della « *alimentazione insufficiente* », poichè lo studio della tubercolosi ha messo in prima linea questo fattore di predisposizione alla malattia. Le restrizioni che tutto il paese ha dovuto subire per effetto delle disposizioni legislative sui consumi e quelle altre ancora più gravi che nacquero dal « *caro viveri* » hanno senza dubbio determinato, specialmente nei bambini, condizioni assai gravi che lasciano prevedere un peggioramento proporzionale delle statistiche nei prossimi anni. La tubercolosi presa in questi anni di carestia si rivelerà infatti negli anni della prosperità, che non saranno molto lontani.

Questa previsione rende più preciso e più urgente il nostro dovere di provvedere alla pronta scoperta dei tubercolizzati ed alla loro rapida cura. L'igiene scolastica deve essere studiata da questo punto di vista e indirizzata a questo scopo speciale di prevenzione e di cura. Ritorneremo su questo argomento.

Riguardo alle « *fatiche, alle sofferenze ed alle emozioni della guerra* » è più difficile stabilire qual parte veramente abbiano esse potuto avere nel dar luogo alla diffusione della tubercolosi nell'esercito. Certo è che *la tubercolosi nell'esercito è straordinariamente aumentata.* Ciò non

è già avvenuto, come potrebbe supporsi, per trascuranza dell'igiene in alloggiamenti militari troppo affollati e male adatti allo scopo. Anche nelle trincee furono sempre prese tutte le misure necessarie di disinfezione, fu sempre bene applicata, dai medici militari, l'igiene castrense. È più logico il credere ad una sfavorevole azione psichica che in molti individui, deboli già per natura, ha portato a stati depressivi qualche volta impressionanti anche per lo psichiatra. Molte forme di neurastenia, di psicastenia furono osservate in militari combattenti dagli specialisti delle malattie nervose e mentali ed i malati di queste malattie medesime sono aumentati anch'essi straordinariamente. Non è fuor di proposito istituire un rapporto fra queste due forme di invalidità nei combattenti, le quali hanno avuto nella guerra e per la guerra un così straordinario sviluppo.

Inoltre deve aver contribuito all'aumento dei tubercolosi il cambiamento brusco di ambiente dei predisposti. Come, nel passaggio dalla vita di campagna a quella di città grande è la facilità di contrarre la tubercolosi, deve essere anche di molto aumentata la facilità di esplodere delle tubercolosi latenti quando si passa dalla vita cittadina alla rude vita del campo ed agli inevitabili strapazzi fisici della vita militare. L'attività muscolare esagerata è una delle cause più gravi per lo sviluppo della tubercolosi.

Ma di questo e di altri problemi militari e civili relativi alla tubercolosi parleremo in altri articoli.

T. ROSSI-DORIA.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Cura dei fratturati con gli apparecchi Pécharmant presso le forze francesi in Italia

per il dott. UGO DARETTI, capitano medico.

Fra le formazioni sanitarie mobilitate le forze francesi in Italia possiedono un bellissimo ospedale chirurgico specializzato di 320 letti (ambulanza d'Armata N. 227), riservato alla cura dei fratturati (Centre des Fractures d'Armée) presso cui sono degni del più grande interesse gli apparecchi del capitano medico dott. Jean Pécharmant che dirige uno dei due quartieri chirurgici e dà a quell'ospedale l'indirizzo di cura.

Gli apparecchi Pécharmant sono in parte originali, e in parte rappresentano un ingegnoso adattamento di vecchi apparecchi regolamentari. I primi, nel loro modello attuale, sono il frutto di una serie di lunghi studi e il dott. Pécharmant è arrivato alla costruzione di essi dopo vari tentativi e modifiche di cui i modelli precedenti rappresentano, per così dire, la storia. Essi sono stati ormai largamente sperimentati e i risultati lusinghieri ottenuti ne incoraggiano l'uso.

1°. *Apparecchi per l'arto inferiore.* — Sono stati costruiti pel trasporto e per la cura dei fratturati e rispondono ai seguenti fini:

a) *per il trasporto*: ad assicurare con l'applicazione di un apparecchio solido, semplice, e adattabile all'arto destro o sinistro, una buona contenzione efficace in tutti i piani.

b) *per la cura*: ad assicurare e mantenere, senza far forza per l'intermediario delle articolazioni, le riduzioni difficili fino a quando è possibile applicare l'apparecchio che permette la deambulazione e a rendere facile, nelle fratture esposte, la medicatura delle ferite.

I primi tentativi rimontano all'aprile del 1917. L'apparecchio definitivo e tipico, che risponde al fine di ottenere una buona contenzione in tutti i piani, è fondato sulla estensione operata sull'arto fratturato e sulla controestensione fatta sull'ischio-pube, mentre l'arto posa su una doccia posteriore che ne assicura l'immobilità e lo protegge, poggiando sulla barella, durante il trasporto.

Si darà solo una sommaria descrizione dell'apparecchio Pécharmant per cui occorrerebbe allegare schemi e fotografie: notando del resto che per rendersi esatto conto del funzionamento è necessario vederne i modelli applicati sul ferito: cosa agevole per quei chirurgi della zona di guerra che vorranno visitare l'ambulanza 227 ove saranno cortesemente accolti dai colleghi francesi. L'apparecchio tipico dunque, che è quanto mai semplice, consta di un anello elittico di metallo a cui sono fissate due lunghe aste di ferro che si uniscono, a guisa di staffa, alla altra estremità.

Fra le aste è situata una doccia di legno robusto, fissata ad esse con raccordi metallici facilmente svitabili e in modo da permetterne l'applicazione tanto all'arto destro che al sinistro.

Pécharmant, nemico delle stecche plantari che a suo parere non assicurano la fissazione del piede e l'estensione dell'arto, le ha bandite dal suo apparecchio.

a) *per trasportare il ferito* l'anello che è disposto in un piano obbliquo all'asse delle aste, viene aperto e, fortemente ovattato, richiuso attorno alla radice della coscia poggiando all'esterno sulla regione della cresta iliaca e all'interno sul perineo. L'arto, possibilmente vestito (si raccomanda sopratutto di lasciare la scarpa) posto fra le due aste, riposa sulla doccia

alla quale viene fissato da fasciature. Sulla scarpa si passano, per stabilire la trazione sul piede, due robusti lacci di tela disposti a staffa (dispositivo a trazione di Delbet) che vengono fissati alla estremità inferiore dell'apparecchio.

In questo modo, esso, rapidamente applicato, permette, come l'esperienza dimostra, un ottimo trasporto del ferito dalle linee avanzate a formazioni ospitaliere anche lontane.

b) analoga applicazione si usa *per la cura*. Nella cura delle fratture della coscia non si fa trazione sull'arto per l'intermediario della articolazione del ginocchio, ma la trazione è fatta sulla parte inferiore della coscia con liste di cerotto adesivo, permettendo così, se si vuole, i movimenti della gamba e del piede mediante l'applicazione di una doccia articolata al ginocchio.

La struttura dell'apparecchio e la possibilità di allontanare la doccia, rendono agevoli le medicature nelle fratture esposte; all'occorrenza il ferito può essere per le medicature o per la pulizia facilmente sollevato del tutto e sospeso ad un telaio posto sopra il letto.

Per le fratture della gamba l'estensione viene fatta sul piede mediante liste di cerotto adesivo fissate all'apparecchio e la controestensione con lo stesso metodo, sulla parte superiore della gamba evitando sempre l'intermediario dell'articolazione del ginocchio.

È sistema di Pécharmant di lasciare il ferito nell'apparecchio il tempo strettamente necessario e più breve possibile. Appena lo stato delle ossa lo permette, o appena la frattura esposta viene mediante suture trasformata in frattura chiusa, si applica sia per la gamba che per la coscia un apparecchio gessato Delbet che permette la deambulazione.

Per l'immobilizzazione ed il trasporto nelle fratture della gamba e del piede il dott. Pécharmant usa talvolta l'applicazione di una stecca munita di plantare, in modo di assicurare una buona contenzione.

2°. *Apparecchi per l'arto superiore.* — Anche più interessanti sono gli apparecchi Pécharmant per la cura delle lesioni dell'arto superiore, mentre per il trasporto basta una doccia di rete metallica bene applicata.

a) Degno del massimo interesse è l'apparecchio Pécharmant, veramente geniale, per le fratture dell'omero. La sua costruzione rimonta al gennaio 1917. È fondato sul principio dell'estensione continua con trazione in direzione dell'asse dell'omero lasciando la lesione facilmente accessibile alle medicature nelle fratture esposte; e *conservando i movimenti articolari del gomito e della spalla*. Quando si pensa ai pesanti apparecchi gessati che immobilizzano, nelle fratture del braccio, tutti i segmenti dell'arto, si apprezzano facilmente gli enormi vantaggi dell'apparecchio Pécharmant che impedisce così lo stabilirsi delle atrofie muscolari e delle anchilosi; conseguenza inevitabile di una lunga immobilizzazione.

Anche questo apparecchio è quanto mai semplice e può essere usato per l'arto destro o sinistro. Di forma rettangolare è composto di un'asta metallica piegata a forma di U: dalle branche dell'U discendono altre due aste, la posteriore più lunga, l'anteriore più breve: a queste due aste è fissato anteriormente in basso un grande anello elittico.

La branca ad U, bene ovattata, viene applicata sotto l'ascella, le aste rettangolari seguono anteriormente e posteriormente l'asse del braccio mentre l'avambraccio ad angolo retto sul braccio s'introduce nell'anello. Immediatamente sotto il focolaio di frattura si applica con fascie e liste di cerotto adesivo la trazione, che viene regolata sull'estremità inferiore dell'apparecchio mediante una vite graduabile e, volendo, mediante una molla elastica. È bene, quando è possibile, fissare sempre le fascie di trazione sulle faccie esterna ed interna del braccio. Con l'apparecchio così applicato il ferito può presto compiere lievi movimenti passivi ed attivi della spalla e del gomito. Un fratturato poteva, al dodicesimo giorno, usare il suo arto per mangiare. Regolando nei giorni successivi all'applicazione la trazione mediante la vite, si ottiene rapidamente un'ottima riduzione. Le aste metalliche longitudinali possono servire come punto d'appoggio per correggere con cuscinetti e fasciature gli spostamenti dei monconi e dei frammenti.

b) Per le fratture dell'avambraccio Pécharmant ha costruito nel 1917 un altro ottimo apparecchio fondato sul principio dell'estensione continua che può essere esercitata, volendo, in modo speciale su ciascuna delle due ossa dell'avambraccio.

È un rettangolo di aste metalliche fra le quali è racchiusa una doccia leggera di alluminio dove riposa l'avambraccio. Un'altra doccia leggera può essere applicata sopra l'avambraccio, sulla faccia anteriore. La combinazione frequente delle fratture dell'avambraccio con quelle del braccio ha dato luogo alla costruzione, per tali casi, di un apparecchio combinato con quello già descritto per le lesioni dell'omero.

L'avambraccio in posizione di supinazione viene adagiato nella doccia; e la trazione vien

fatta posteriormente con fascie e liste di cerotto adesivo fissate al gomito e anteriormente con le medesime fissate ai lati del pugno o sulla mano. Il grado dell'estensione si regola con una vite. A ristabilire e mantenere la larghezza normale dello spazio interosseo provvede nelle fratture chiuse una leggera fasciatura gessata su cui si modella una depressione in corrispondenza del detto spazio, e nelle fratture esposte l'applicazione di un cuscinetto elastico verticale.

Una buona applicazione dell'apparecchio del resto provvede da sè stessa alla conservazione del *normale spazio interosseo* e protegge l'integrità della funzione di supinazione e di pronazione così minacciata dalle fratture dell'avambraccio. Praticamente a questo proposito il presente apparecchio ha dato, per lunga esperienza ottimi risultati.

La libertà dei movimenti del gomito e delle dita è consentita da esso.

c) Infine per il trasporto dei feriti gravi dell'arto superiore e per la cura nei casi di resezione della spalla e del gomito e di gravi fratture dell'avambraccio e del braccio Pécharmant ha costruito un ingegnoso apparecchio detto « l'aéroplane » utilizzando il materiale di apparecchi regolamentari d'uso poco frequente (doccie di Hennequin e di Delorne).

Esso è una doccia di rete metallica che si appoggia al torace: all'armatura di essa s'innesta con un angolo regolabile a volontà una doccia di metallo leggero che accoglie con la sua forma tutto l'arto flesso ad angolo retto in corrispondenza del gomito.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ho visitato più volte l'ambulanza 227 e ho potuto esaminare molti casi interessanti di fratture dell'arto superiore e inferiore in via di trattamento e di guarigione.

Riassumo brevemente tre storie cliniche che mi sembrano meglio degne di nota e che debbo alla cortesia del capitano medico dott. Hornus.

I. — *Lussazione della spalla destra e frattura dell'omero.*

G... A..., d'anni 24, ufficiale d'artiglieria francese.

6 aprile 1918, entra all'ospedale per trauma riportato alla spalla destra in seguito a caduta da cavallo. All'esame clinico e radiografico si fa diagnosi di lussazione sottocoracoidea della spalla destra con frattura dell'omero all'unione del terzo medio col terzo superiore. I monconi fanno fra loro un angolo ottuso che guarda l'asse mediano del corpo. I tentativi di riduzione riescono infruttuosi.

8 aprile 1918. Intervento operativo.

Eteronarcosi - Incisione - Scopertura della testa dell'omero che appare impegnata sotto l'apofisi coracoide; riduzione della lussazione con l'aiuto della pinza di Farabeuf mentre un assistente opera la controestensione sull'avambraccio. — Svuotamento dell'ematoma raccoltosi nel focolaio di frattura. Emostasi accurata. Suture con catgut a punti staccati: sutura della cute con seta.

Applicazione dell'apparecchio Pécharmant per frattura dell'omero.

16 aprile 1918. Si tolgono i punti - Cicatrizzazione per prima intenzione.

Durante la cura mobilizzazione attiva e passiva dell'arto.

8 maggio 1918. Si toglie l'apparecchio. Consolidazione completa constatata con la radiografia, con ottima posizione degli estremi di frattura.

28 maggio. Il ferito esce guarito dall'ospedale con un mese di convalescenza. Tutti i movimenti attivi e passivi della spalla e del gomito sono conservati: i muscoli dell'arto, compreso il deltoide, sono ben nutriti e si presentano di volume uguale a quelli dell'arto sano. L'ufficiale si propone di raggiungere il corpo prima della fine della sua licenza.

II. — *Frattura esopsta dell'estremo inferiore del femore.*

X... — Soldato austriaco prigioniero.

15 giugno 1918. Entra all'ospedale per ferita da pallottola di mitragliatrice riportata nello stesso giorno. Presenta ferita d'arma da fuoco all'arto inferiore destro con foro d'ingresso due dita circa sopra il margine della rotula e foro d'egresso alla faccia postero-esterna della gamba. All'esame clinico e radiografico si fa diagnosi di frattura « a *becco di flauto* » dell'estremità inferiore del femore immediatamente sopra i condili articolari. Applicazione dell'apparecchio Pécharmant per la coscia. Sutura per prima della ferita lacera prodotta dall'uscita del proiettile.

4 agosto. Consolidazione completa constatata con la radiografia. Si toglie l'apparecchio a trazione: i movimenti attivi e passivi della coscia e della gamba sono bene conservati. Non si nota ipotrofia muscolare dell'arto leso.

6 agosto. Applicazione dell'apparecchio gessato Delbet per la deambulazione. Il ferito è ancora in cura all'ospedale.

III. — *Frattura completa esposta della gamba.*

P... E... Soldato d'artiglieria francese.

14 luglio 1918. Entra all'ospedale per trauma riportato alla gamba destra cadendo da una scala. Presenta una larga ferita lacera alla faccia interna della gamba destra da cui fuoriesce l'estremità superiore della tibia fratturata. All'esame clinico, completato dalla radioscopia, si fa diagnosi di frattura completa esposta della gamba al confine del 3° medio col terzo inferiore. Il perone appare alla radioscopia fratturato senza spostamenti.

Intervento operativo. Disinfezione della ferita. Estrazione di piccole scheggie e «curettage» delle ossa fratturate. Legatura della safena interna recisa dal trauma. Sutura dei piani e completa su-

tura cutanea. Immobilizzazione dell'arto con un apparecchio.

23 luglio. Si tolgono i punti di sutura: guarigione per prima della ferita cutanea.

29 luglio. Applicazione di un apparecchio gessato alla Delbet.

30 luglio. Il ferito col suo apparecchio cammina bene ed è già in grado di salire e discendere le scale. È attualmente ancora in cura all'ospedale.

CONCLUSIONI.

Da quanto si è esposto e dai ricchi risultati ottenuti in lunghi mesi di esperienza (solo nella Ambulanza 227, in Italia, sono stati curati più di 300 fratturati) appaiono evidenti l'alta importanza chirurgica e l'ottimo impiego terapeutico degli apparecchi Pécharmant.

Essi sono leggeri, non ingombranti, di poco costo, di facile costruzione e di semplice applicazione pratica, e ciascun modello può essere applicato rapidamente all'arto destro o sinistro. Possono essere facilmente puliti e disinfettati e lasciano al chirurgo ogni libertà di manovra per il trattamento delle ferite nelle fratture esposte. Rispondono al fine di ottenere una buona contenzione in tutti i piani e al fine di evitare il più possibile le atrofie muscolari e le anchilosi permettendo, specie gli apparecchi dell'arto superiore, la massima libertà di movimenti. Esercitano una trazione sempre graduale, facilmente regolabile e che evita l'intermediario delle articolazioni. Sono bene permeabili ai raggi e permettono di seguire radiologicamente i progressi della guarigione e sulla guida dell'esame radiologico spesso ripetuto, permettono di provvedere volta per volta a correggere, con opportuni ripieghi, le cattive posizioni dei monconi e dei frammenti nel corso della cura. Sono utilissimi per il trasporto dei feriti dalle prime linee alle formazioni sanitarie anche lontane e li proteggono il meglio possibile durante le strade lunghe e disagevoli. Sono utilissimi per la cura informata al principio di lasciare il meno possibile l'arto immobilizzato, e di applicare al più presto, per l'arto inferiore, secondo l'indicazione del caso singolo, gli apparecchi gessati Delbet per la deambulazione.

In casi favorevoli si fanno camminare alcuni fratturati anche tre o quattro giorni dopo il trauma e l'Ambulanza è piena di fratturati che camminano, alcuni così bene, da stupire l'osservatore.

Infine gli apparecchi Pécharmant sono benissimo sopportati dagli infermi e sono poco o nulla dolorosi; e i militari feriti che ne conoscono per fama il valore, si prestano volentieri alla loro applicazione.

Zona di guerra, agosto 1918.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 29 novembre 1918.

Sopra l'isolamento del principio attivo anticoagulante dell'« Hirudo medicinalis ».

Prof. R. LUZZATTO. Dopo aver premesso che egli si è preoccupato della necessità di preparare allo stato di purezza il principio attivo anticoagulante della sanguisuga per ricerche intorno alle sue azioni farmacologiche, evitando i fenomeni secondari che si manifestano quando si iniettano estratti delle teste, ricorda che i metodi di isolamento consigliati da Franz e da Hayaski ecc., non gli hanno dato buoni risultati. Perciò egli dopo alcuni tentativi è arrivato ad isolare detto principio attivo seguendo una via un po' diversa da quella scelta dagli AA. che lo precedettero. E precisamente allontanò dapprima la mucina denaturandola e facendole perdere la sua solubilità mediante disseccamento ripetuto in un essiccatore a pressione assai ridotta. Quindi dal liquido privato delle sostanze muciniche, allontanò con calore a 70° e cauta aggiunta di soluzione acetica diluita, l'albumina precipitabile. Il liquido centrifugato e dealbuminizzato, seccato nel vuoto su potassa caustica, diede un residuo biancastro, privo assolutamente di albumina e di sali, la cui attività anticoagulante era identica a quella degli estratti da cui era partito. L'A. si riserva in una prossima memoria di riferire intorno alla natura chimica di tale principio sollevando qualche dubbio su quanto hanno affermato altri autori, secondo i quali si tratta di corpo appartenente alla classe delle deuteroalbumose.

Ricerche intorno all'antagonismo fra irudina e adrenalina.

Prof. R. LUZZATTO. Con il principio isolato dell'A. delle teste della sanguisuga, vennero eseguite ricerche allo scopo di studiare quale sia il meccanismo col quale l'irudina inibisce la glicosuria adrenalinica. Non si tratta di antagonismo generale, giacchè in animali irudinizzati per via endovenosa, l'adrenalina determina aumento della pressione arteriosa, come in animali normali. Non si tratta di aumentata glicolisi, determinata dall'irudina, giacchè la glicosuria da iperglicemia per iniezione ipodermica o endovenosa di glucosio, ha luogo nella stessa misura sia che l'animale sia irudinizzato o no. Del resto anche ricerche preliminari intorno alle modificazioni della formula leucocitaria per o-

pera dell'irudina, tendono ad escludere questa interpretazione.

Si tratta invece di diminuita mobilizzazione degli idrati di carbonio del fegato, come fa fede anche il fatto che la iperglicemia da adrenalina è di gran lunga minore nell'animale irudinizzato che in quello normale.

Quindi l'antagonismo tra irudina e adrenalina, si riferisce soltanto ad una delle azioni dell'adrenalina, alla sua capacità di mobilizzare gli idrati di carbonio.

Le ricerche sono in corso di continuazione.

S. R.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Tipi clinici di nefropatie croniche.

Tasker Howard (*New York Medical Journal*, 24 agosto 1918) descrive alcuni tipi clinici di nefropatie secondo la classificazione di Volhard e Fahr, ed illustra l'esposizione con 68 casi da lui diligentemente studiati.

L'A. si ferma sulle forme seguenti:

1. NEFROSI PURA. È relativamente rara: vi appartengono solo 5 casi dell'A. È caratterizzata anatomicamente da degenerazione dei tubuli e da edema renale. Clinicamente è quasi muta: l'ipostenuria si manifesta solo con poliuria intermittente. La ritenzione azotata manca od è appena apprezzabile, quindi manca l'uremia; mancano l'ipertensione arteriosa e l'ipertrofia cardiaca.

Secondariamente può prodursi il rene grinzo, con meiopragia renale persistente. L'affezione passa allora in uno stadio di poliuria cronica, con albuminuria lieve od anche moderata; ma consente ancora molti anni di vita.

La nefrosi pura si riconosce anche *ex adjuvantibus*, in quanto che essa guarisce facilmente e completamente, almeno nei casi comuni, non inveterati: la cura idonea consiste in un riposo relativo, in una dieta relativamente ricca di proteine e nel limitare l'ingestione di liquidi.

Nelle forme avanzate Epstein avrebbe dimostrato l'utilità della trasfusione di sangue.

2. IPERTONIA SEMPLICE (essenziale, benigna). Non è affatto una malattia renale, ma è una malattia generale con interessamento dei reni. Anatomicamente si tratta di un *rene arteriosclerotico*, ma l'arteriosclerosi interessa altri territori dell'organismo o è diffusa a buona parte dell'organismo stesso.

L'indurimento, il restringimento e l'obliterazione delle arterie che riforniscono il rene, determinano la produzione di isole degenerative, con distruzione del parenchima: dunque non si è in presenza di un *processo flogistico*, ma di un *processo degenerativo*, che a torto viene confuso con la nefrite e designato come tale.

Il carattere clinico essenziale è dato dall'ipertensione con tutti i suoi pericoli e dall'ipertrofia cardiaca. Manca la ritenzione azotata.

Su circa il 10-15 % di questi casi, in secondo tempo s'innestano i sintomi della nefrite, come vedremo.

3. GLOMERULONEFRITE DIFFUSA (nefrite vera). È un processo flogistico genuino. Come la maggior parte dei processi flogistici, è legato probabilmente ad un'infezione microbica: secondo Barker l'agente abituale dell'affezione è lo streptococco, mentre le nefriti acute sono determinate da agenti svariati.

Istologicamente si osservano lesioni infiammatorie, che hanno esito nella distruzione dei glomeruli.

All'ipertensione ed all'ipertrofia cardiaca, che caratterizzano clinicamente anche la forma precedente, si aggiungono in questa la ritenzione azotata e l'uremia. Il rene elimina bene l'acqua, con difficoltà i sali (cloruri) ed i cristalloidi azotati. Per questi ultimi la difficoltà va crescendo nel corso della malattia: dapprima è ritenuto in prevalenza l'acido urico; poi lo è l'urea; finalmente lo è la creatinina.

Col progredire della ritenzione si accentuano i sintomi: anoressia, debolezza, prurito generale, sonnolenza, coma, morte. Gli edemi non si rendono manifesti fino a che il cuore si mantiene valido. Man mano che cresce la difficoltà per il rene di eliminare i prodotti del ricambio, si sviluppa la poliuria compensatrice: viene eliminata una maggiore quantità di urina ad un peso specifico basso, in altri termini si ha ipostenuria tipica; caratteristica è anche la nicturia. La capacità funzionale del rene può, generalmente, essere apprezzata in base a questi soli sintomi, senza ricorrere a saggi speciali.

Alle volte l'urina contiene sangue.

La retinite albuminurica si ha solo in casi di questo tipo o del tipo misto di cui parleremo.

4. FORME DI PASSAGGIO dal tipo 1° al tipo 3°. Si trovano spesso come stadio iniziale della glomerulonefrite; la malattia presenta allora caratteri di acuzie cui subentrerà poi l'andamento cronico ora descritto.

5. FORME COMBINATE del tipo 2° e del tipo 3°. La glomerulonefrite s'innesta, allora, su di un

rene arteriosclerotico, ed imprime caratteri di malignità alla malattia primitiva.

La giovinezza relativa depone per la nefrite piuttosto che per l'arteriosclerosi; ma l'ipertensione semplice è stata osservata anche a 20 anni.

Tutti i casi caduti sotto l'osservazione dell'A. rientrano in una delle cinque categorie sopra definite; epperò l'A. non si occupa di altre forme.

Egli ha fatto uno studio diligente dei suoi casi. Ne diamo qui i risultati principali.

Pressione arteriosa. La pressione sistolica massima fu: nella nefrosi di 80-120; nell'arteriosclerosi di 113-201; nella nefrite di 119-202; nelle forme combinate o miste di 116-187. Molti pazienti si trovavano nello stadio iniziale della malattia, il che tendeva ad abbassare il valore della pressione.

Si ammette che la pressione diastolica alta deponga per la nefrite; ma l'A. ha trovato pressioni diastoliche di 130, 140 e persino 150 in pazienti con semplice ipertonia.

Saggio della fenolftaleina. Entro due ore si ebbe il 43 % di eliminazione nella nefrosi; il 25 % nell'ipertensione benigna; l'11.5 % nella glomerulonefrite; il 24 % nelle forme combinate.

Peso specifico. L'A. attribuisce molta importanza diagnostica alla determinazione del peso specifico di campioni ottenuti ogni 2 ore od ogni 4 ore, giorno e notte, per stabilire l'insufficienza renale o ipostenuria e la nicturia.

Chimica del sangue. Un certo grado di ritenzione azotata si ebbe in tutti i casi di nefrite. Come si è già detto, interessava dapprima il solo acido urico, poi anche l'urea; infine vi si aggiungeva la creatinina.

La ritenzione di acido urico si aveva anche nell'arteriosclerosi.

L'azoto urico fu di 3-8.2 milligrammi. L'azoto ureico in sette casi letali di uremia fu di 32.2, 51.6, 82, 97.4, 156.8, 174.9, 239; mentre nella nefrosi pura si ebbe in media 12.8. L'azoto creatininico in cinque casi di uremia fu di 1.1, 2.5, 3.3, 5.0, 8.0.

Retinite albuminurica. Si ebbe in 15 casi di nefrite e di forme miste ed in nessun'altra condizione. Dieci nefritici mostrarono emorragie retiniche e dieci papilla da stasi.

Tasso emoglobinico. In 25 nefritici, comprese le forme miste, fu in media di 71 %; in 7 arteriosclerotici di 74 %.

Convulsioni. Si presentarono in 7 nefritici, compreso uno che morì di uremia e che presentò il 174.9 di azoto ureico; in un arteriosclerotico; in un soggetto con nefrosi.

Esiti. Dei 58 pazienti ne morirono 22, dei quali 15 con nefrite e 5 con arteriosclerosi, 2 con altre forme.

Reperti autoptici. Su 9 casi studiati, 6 mostrarono glomerulonefrite, comprese le forme combinate; 2 arteriosclerosi genuina; in 1 si aveva semplice congestione passiva del rene.

L. V.

Valore prognostico dell'azotemia.

F. Widal ed i suoi collaboratori A. Weill e P. Vallery-Radot insistono ancora (*La Presse Médicale*, XXV, 67) sul valore prognostico che, nelle malattie croniche dei reni, deve assegnarsi alla proporzione di urea nel sangue.

Il contenuto di urea può variare in breve tempo, ma un aumento improvviso a 2-3 grammi per litro di sangue preannunzia sempre un esito letale entro poche settimane o pochi mesi. Quando il contenuto di urea raggiunge 1-2 gm. per litro, il paziente vive di rado più di un anno. Infine, un contenuto di 0.5 ed 1 gm. deve destare l'allarme: il contenuto di urea va saggiato allora ogni mese o due. Tutte le volte che si determina un aumento brusco, la prognosi si oscura.

La costante di Ambard non getta alcuna luce sulla prognosi. Gli AA. menzionano alcuni esempi di soggetti con costante di Ambard elevatissima per quattro anni e più, e che pure non mostravano alcun contenuto anormale di urea nel sangue. La c. A. può mantenersi alta per anni, e poi cadere al normale; essa denota unicamente uno stato anormale nella escrezione renale dell'urea, ma non ci fa sapere se l'organismo riesca a liberarsi dell'urea ritenuta, impedendo che si accumuli.

Nel saggiare il contenuto di urea del sangue, conviene mantenere per parecchi giorni il paziente ad una dieta ipoclorurata, perchè in questo modo si riesce a rivelare un'azotemia anche iniziale, che altrimenti potrebbe sfuggire; d'altra parte però conviene tener presente che solo quando l'azotemia è progressiva — e in specie rapidamente progressiva — dobbiamo temerla.

L. V.

SEMEIOTICA.

Riflesso oculo-cardiaco paradossale.

Cantelli Oreste (*Riforma Medica*, n. 18, del 5 maggio 1917), in una nota preventiva, riporta alcune osservazioni ch'egli ha avuto occasione di fare nell'Ospedale da Guerra n. 35 della C. R. I. su una speciale modalità del ribasso oculo-

cardiaco, ch'egli ha chiamato: « Riflesso oculo-cardiaco paradossale ».

Mentre il riflesso oculo-cardiaco normale (Dagnini) consiste nella diminuzione del numero dei battiti cardiaci che si verifica durante la compressione eseguita su uno od ambedue i bulbi oculari ed il riflesso invertito nell'aumento invece del loro numero, l'Autore ha dato tale nome ad una manifestazione speciale del riflesso, per cui il numero dei battiti cardiaci non solo aumenta durante la compressione dei bulbi oculari; ma rimane anche, cessata la compressione, superiore alla norma per un tempo più o meno lungo da 1' a 6', sia che il loro ritorno avvenga ad un tratto o che si avveri solo gradatamente.

La spiegazione del fenomeno potrebbe essere riconosciuta in un alterato equilibrio delle terminazioni nervose vagali e simpatiche nei nodi di Keith e Flack ed in una ipereccitabilità della fibra miocardica.

Tale fatto riscontrato dall'osservatore in ammalati con un numero di battiti cardiaci e fisiologici, e superiori alla norma ed inferiori a questa, tanto da supporre che si avesse a che fare alcuna volta con dei vagotonici, accompagnato anche da altri segni (esagerato aumento delle pulsazioni nella stazione retta, durante i movimenti del corpo, ecc.), è segno d'insufficenza del vago (mancata reazione dopo la cessazione dello stimolo) piuttosto che l'ipertonia del simpatico, sia essa transitoria o permanente, sia anatomica o funzionale, in modo da consigliare l'allontanamento del soldato dalle prime file.

Per l'Autore poi tale riflesso sta in rapporto con una etiologia complessa non ben precisabile, essendo esso piuttosto raro e non speciale di una qualsiasi malattia.

Infine l'Autore osserva che il riflesso oculo-cardiaco non è solo un riflesso oculo-trigemino-simpatico-vagale e che si esplica con un numero di battiti cardiaci maggiore o minore della norma a seconda che l'uno o l'altro nervo ha la prevalenza tantochè la differenza dal numero normale delle pulsazioni starebbe a rappresentare la parte eccedente di tonicità dell'uno sull'altro, sia che si tratti d'ipertonicità di uno dei nervi cardiaci, sia che ambedue non si riscontrino in condizioni normali di tono. A. S.

TERAPIA.

Soluzioni saline nell'atonia gastro-intestinale.

Hayem (*Journ de Méd. et de Chir. prat.*, 10 luglio 1918), nei casi di gastrectasia dovuta a miostenia, con o senza atrofia muscolare, quando non sia alcuna causa meccanica allo svuotamento dello stomaco, ha trovato inutili le formole seguenti: *a*) bicarbonato di sodio gr. 2: cloruro di sodio e cloruro di magnesio ana gr. 2 1/2: acqua distillata 1 litro; *b*) solfato di sodio gr. 3-5: cloruro di sodio e cloruro di magnesio ana gr. 2 1/2: acqua distillata 1 litro.

I pazienti con atonia gastro-intestinale sono generalmente ipopeptici, con atrofia ghiandolare più o meno avanzata, molti soffrono altresì di atonia intestinale; per questi la prima formola sarà conveniente; si adotterà poi la seconda se la costipazione non cessa con la prima.

Il cloruro di magnesio avrebbe un'azione effettiva sulla muscolare del tubo digerente, provocandone e regolarizzandone le costruzioni.

FIL.

La prevenzione del meteorismo postoperativo.

È abitudine generale di *preparare accuratamente* il paziente, che deve subire una operazione, con una buona purga e la dieta. Contro questa pratica, che risale ai tempi della patologia umorale, si sono elevate delle voci isolate di protesta, che sono state però generalmente inascoltate. La nessuna necessità di essa è dimostrata dalle molte operazioni d'urgenza (parto cesareo, appendicite, ecc.) eseguite senza che a tale mancanza si possa comunque attribuire qualche disturbo; non solo, ma spesso gli intestini, precedentemente purgati, sono ripieni di gas e fuoriescono con maggiore facilità dalla ferita addominale.

Quanto al meteorismo postoperativo, esso è molto più frequente nei casi precedentemente *preparati*, che negli altri.

L. A. Emge (*Journ. Americ. Medic. Association* 14 sett. 1918) ritiene che dalle osservazioni cliniche e dagli esperimenti sugli animali, risulti che la purgagione preoperativa sia un fattore importante nella produzione del meteorismo. Durante l'operazione l'intestino che precedentemente ha subìto l'azione di un forte purgante, è più difficile a trattare che un intestino non purgato, perchè congesto e disteso. Per liberare l'intestino dalle sostanze fecali è sufficiente un enteroclisma: gli individui così trattati sono relativamente esenti da meteorismo.

ini.

Il carbone animale.

Sono note le proprietà assorbenti del carbone finemente diviso. Si è tentato di utilizzarle in terapia, ma con mediocre successo.

Ordinariamente si ricorre al carbone vegetale (di legni leggeri come il tiglio od il pioppo); se

non che, le particelle di carbone vegetale, anche se minutissime, presentano spigoli e angoli taglienti, che ledono meccanicamente, sia pure in grado molto lieve, la mucosa gastro-intestinale: quest'azione è paragonabile a quella della polvere di vetro, salvo che è mitissima. Essa limita l'uso del carbone vegetale, il quale può essere ingerito solo in quantità moderate, di pochi grammi; in queste dosi ridotte esso non è in grado di esplicare un'azione assorbente utile.

Il carbone animale non presenta lo stesso inconveniente, in quanto che è costituito da particelle amorfe; ma per solito è impuro, carico di prodotti minerali (carbonati, fosfati, ecc.) ed empireumatici di varia natura, che ne sconsigliano l'uso.

Questi inconvenienti sono stati rimossi con la preparazione di un carbone animale purissimo (ottenuto, per esempio, carbonizzando il sangue e poi trattandolo con acidi minerali che lo depurano), perfettamente impalpabile epperò dotato di un potere assorbente elevatissimo.

Questo carbone può ingerirsi ad alte dosi senza alcun inconveniente: si comporta come una polvere del tutto inerte.

O. W. Rowe (*Arch. of Pediatries*, lug. 1918) ne decanta i risultati nelle gastro-enteriti infantili. Egli insiste su di alcuni particolari che considera della massima importanza per il successo terapeutico.

Importa rilevare che fino al momento dell'uso, il carbone va tenuto entro recipienti a perfetta tenuta d'aria: altrimenti assorbe i gas e i vapori dell'aria, ciò che ne riduce il potere assorbente. Si deve somministrarlo in dosi alte, a cucchiaiate, stemperandolo nell'acqua, ovvero, se s'incontrano difficoltà da parte del paziente, incorporandolo al semolino o ad altri cibi, non è però consigliabile di aggregarlo alla gelatina. La somministrazione va ripetuta ogni quattro ore.

Salvo nei casi che giungevano alla clinica in stato comatoso, l'alimentazione veniva ripresa dopo 24-48 ore; essa consisteva in latte al seno, latte vaccino più o meno modificato, zuppa di malto; nei bambini grandicelli si tornava presto ad un'alimentazione mista normale.

La diarrea scomparve nel 74 % dei casi entro 5 giorni; solo nel 14 % persistette oltre 6 giorni.

Il ritorno delle feci formate non denota che il processo morboso è interamente guarito, epperò la cura dev'essere continuata ancora per qualche giorno. Alle volte le prime feci formate si accompagnano a muco ed a sangue, allorchè è malato l'ultimo tratto del tubo digerente, ma questi fatti scompaiono subito.

I sintomi di tossiemia si emendano rapidamente. Il vomito si arresta. La convalescenza è breve ed è permesso un rapido ritorno alla dieta normale. Unico inconveniente: si ebbe un lieve aumento nel numero dei casi complicati da stomatite.

In difetto di carbone animale, conviene ricorrere a quello vegetale in dosi minori e pertanto meno efficaci.

L. V.

Boldo e glicerina come colagoghi.

Sp. Foglie di boldo . . . . gr. 2
p. 1 c. o
da fare una tazza di infuso.
agg.: Glicerina pura . . 1 cucchiaino
S. Da prenderne una simile ogni sera prima di coricarsi.

(Castaigne: *Livre du Médecin*).

G. S.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1037) *Esiti di orchiepididimite blenorragica.* — All'Abb. n. 8335: Quando è avvenuta neoformazione fibrosa nella coda di ambedue gli epididimi, l'azoospermia può persistere anche per sempre. Finger consiglia l'uso di joduro di potassio per bocca e l'applicaione locale di pomata jodo-jodurata secondo la formula seguente:

Joduro di potassio	gr. 2
Jodio puro.	ctgr. 20
Lanolina	gr. 18
Olio di olivo	gr. 2

Secondo il suo parere, noduli anche molto antichi, datanti da anni, risolvono di solito, almeno parzialmente. Sospendere l'uso della pomata ai primi segni di una dermatite reattiva (rossore, prurito, ecc.).

V. MONTESANO.

(1038) All'abb. n. 8056:

Risposi a una simile domanda nel *Policlinico*, fascicolo 12 dell'anno 1917, pag. 397.

Nessun altro trattato importante è stato pubblicato dopo di allora in lingua italiana o francese. In lingua inglese la letteratura odontoiatrica è immensa. Modernissimi sono i trattati della Casa Libraria C. V. Mosby Co., Publishers St. Louis (S. U. A.). Ne sono stati pubblicati una ventina, in tutti i rami dell'odontologia.

Se poi desidera ancora altri trattati, potrà scrivere per avere il «*Catalogo di libri di Odontoiatria*» alla Casa: The S. S. White Dental Mfg. C. Philadelphia Pa. U. S. A.

Pongo in rilievo la pubblicazione di trattati

nei varî rami dell'odontologia, per divulgare tra i medici l'importanza di una scienza che ancora nella mentalità di alcuni si compendia nell'estrazione del dente che duole, convinti che si possa impararla in otto giorni o con la lettura di un trattato. A.. CHIAVARO.

(1039) Al Dott. G. O. M. da B.: Un trattato completo di «Chirurgia dei bambini» Italiano e tradotto in Italiano non vi è. Il trattato di Calot «*L'ortopédie indispensable*», tradotto in Italiano (editore Vallardi), riguarda solamente la chirurgia ortopedica. Un trattato completo di Chirurgia dei bambini è quello di BROCA: *Chirurgie Infantile;* ma non vi è traduzione italiana.

FERRARESI.

(1040) Al dott. Q. D. B. da F.

Tutte le enciclopedie mediche hanno finora dato cattiva prova: per la lentezza nella pubblicazione la vecchiaia colpisce l'opera prima che essa giunga alla fine.

A questo si aggiungano i molteplici difetti comuni alle opere mosaico. Non sapremmo consigliargliene nessuna.

t. p.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

An index of Prognosis and end-results of treatment. 2ª ediz. Bristol. J. Wrigt e F. ed. Prezzo 30 sc. 1918.

Nessun compito, quanto quello della prognosi nei malati, è legato alla esperienza del medico, che usufruisce della personale pratica per applicare insegnamenti scolastici. Predire il decorso o la fine della malattia presuppone non solo una diagnosi esatta, ma il rilievo di fini sfumature, che nel quadro morboso impartisce l'individualità del malato: se le malattie, anche nelle loro classiche forme e varietà, avessero decorso e fine uniforme il capitolo delle prognosi scomparirebbe, e la predizione sarebbe una naturale conseguenza della diagnosi.

Ogni medico sa invece quanto per esempio sia difficile dinanzi ad una banale polmonitico pronunziarsi dal lato pronostico; nè vale a risolvere i dubbi e le ansie del medico la statistica globale delle morti per polmonite a seconda delle varie età, del sesso etc.: il suo malato diviene il libro, sul quale deve leggere, e quante nozioni e quale abilità sono necessarie per leggere su un libro simile!

Con viva curiosità si prende tra le mani un volume come quello concepito da A. Rendle Short, poichè grave e pieno di pericoli è il compito di chi assume l'obbligo verso il medico di chiarire con esso la scienza della «prognosi», anche se i compilatori dei vari capitoli sono uomini noti e competenti, specializzati in campi particolari della patologia, come Rogers, Rolleston, Poynton, Stewarth etc.

Il libro è un indice alfabetico, la lettura non può che essere frammentaria: si può affermare che ogni voce svolta nell'«Index» ferma l'attenzione e fa pensare.

La «prognosi» è fortunatamente intesa dagli AA. con larghezza di vedute e di vedute moderne; tutti i capisaldi generali, sui quali le linee di prognosi generale devono correre sono prospettati nella loro importanza con rapida sintesi; tutte le cognizioni moderne di terapia sono selezionate spesso con sano acume. Così leggendo le «chronic valvular disease of heart» le cirrhosis of Liver, il capitolo Aneurysm, anaestetics, etc. (ne scelgo alcuni a caso) si vede subito che la miniera è ricca di notizie etiologiche, di giusto criterio nelle divisioni, di vedute esatte sul valore terapeutico di metodi e di rimedî. In qualche pagina capitoli interi di patologia sono rimaneggiati e sintetizzati perchè una linea direttiva nel giudizio pronostico ne possa uscir fuori. Chi legge impara sempre qualche cosa di nuovo, o si mette rapidamente al corrente di molti problemi, forse assume ed utilizza nozioni che lo terranno oculato accanto al letto dell'infermo e lo spingeranno a chiedere sempre nuovi elementi all'inesauribile fonte dell'uomo malato; ma chi credesse di trovare nel libro il mezzo utile per imparare a far la prognosi del malato, nel caso particolare, non si avvicini al libro; lo lascerebbe deluso!

L'index of prognosis, che è finora l'unico libro del genere, che io ne conosca, merita di esser riscontrato e meditato; forse il *medico sperimentato* troverà migliore e maggior copia di prodotti utilizzabile, che non il medico novizio, o lo studioso alle prime armi.

t. p.

L. BARD. *Précis des examens de laboratoire.* 3.me édition. Masson e C. Edit. Paris. Fr. 14. 1918

Molti medici italiani conoscono il volume in cui il Bard, con la collaborazione di Humbert e Mallet, espone in maniera sintetica la tecnica degli esami di laboratorio, usati in clinica; sanno che il libro è rivolto ad essere una utile guida ai medici, agli assistenti ospedalieri, agli stu-

denti degli ultimi anni come ai medici, i quali domandano alla ricerca di laboratorio un utile complemento per la pratica.

Il libro, nella nuova edizione, mantiene gli scopi per i quali era stato ideato; l'interesse clinico domina nella scelta dei metodi, nella divisione e nel raggruppamento della materia; di tutte quelle aggiunte rese necessarie dalle nuove conoscenze, del perfezionamento nella materia, esposta nelle precedenti edizioni, si è arricchito il libro.

A malgrado delle difficoltà notevoli, dipendenti dallo stato di guerra, la veste tipografica è buona, nitido il testo, dimostrative le figure.

Il libro di Bard troverà sempre posto degno tra i volumi di uso corrente nella pratica del medico.

t. p.

L. MARTINOTTI. *Sierodiagnosi della sifilide. Tecnica e valore semejologico.* Cappelli, Bologna. L. 5. 1918.

Note di tecnica esposte con precisione e con chiarezza, utili a chi voglia rendersi conto di tutti i tentativi coi quali si è cercato di modificare il metodo originario di Wassermann, e a chi voglia avere una buona guida per eseguirlo nella sua integrità.

Sul valore semejologico sarebbe stata desiderabile una ampiezza maggiore nello svolgimento e nella critica; la reazione di Wassermann, come la sifilide, con tutte le sue conseguenze lontane, troppo spesso in verità dalla specialità passano alle mani del medico e del medico pratico; non mancano lavori sparsi italiani sull'argomento; ma il medico pratico sarà certo grato all'A., se in una futura ristampa della monografia la parte riguardante il valore semejologico diagnostico e pronostico avrà un conveniente sviluppo.

t. p.

REGAUD. *Leçons de chirurgie de guerre.* Prezzo L. 9. — Editori A. Masson e C^ie^, Parigi.

Il Regaud ha raccolto in questo volume le lezioni dettate da valenti chirurgi militari nel Centro medico-militare di studî e di insegnamenti di Bouleuse. Nel libro quindi si trovano ampiamente trattati tutti gli argomenti della patologia e della tecnica chirurgica che la guerra ha chiamato con tanta tragicità alla discussione. Sono conferenze dette sotto il grandinare dei proiettili, ma la loro chiarezza, la copia delle cognizioni in esse contenute è tale da far credere che siano state pensate e ripetute nelle silenziose corsie di una Clinica civile o nelle tranquille aule universitarie.

a. a.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

FERRARINI GUIDO: Di una non frequente lesione traumatica del ginocchio: la così detta frattura tipica dell'epicondilo femorale interno secondo Stieda. — Napoli, 1918.

MARFORI PIO: Sulla terapia delle miocarditi croniche e dell'arteriosclerosi. — Napoli, 1918.

JANNI RAFFAELE: La resezione del nervo auricolo-temporale ed il suo effetto sulla secrezione parotidea. Contributo alla cura delle fistole parotidee. — Napoli, 1918.

ALFIERI EMILIO: La protezione delle madri ed il problema del ripopolamento nel dopo guerra. (Lezioni). — Cagliari, 1918.

AMALFITANO G.: Il morbo nuovo ovvero l'antica malattia. — Catanzaro, 1918.

CARPI UMBERTO: Per l'indirizzo della profilassi antitubercolare nell'Esercito e nel Paese durante la guerra e nel dopo guerra. — Roma, 1918.

GIORDANO D.: Ove la cosidetta «chirurgia di guerra» nella chirurgia quotidiana si confonde. — Napoli, 1918.

VARIA.

Il vetro infrangibile. — Sta diventando di uso assai comune in Inghilterra un vetro, detto «*Triplex Safety Glass*» (triplice vetro di sicurezza), costituito da due lastre sottili di vetro ordinario attaccate alle due superfici di una lastra di xilonite, che, come è noto, è una varietà di celluloide molto trasparente, ma facilmente rigabile. Perciò l'uso dei due vetri per proteggerla dalle rigature.

L'attacco dei vetri alla xilonite è fatto a mezzo di una vernice molto trasparente, analoga a quella del balsamo del Canadà, con cui si attaccano anche le lenti dei cannocchiali.

Questo vetro non si distingue affatto da quello ordinario, tanta è la sua trasparenza, ma ha però il vantaggio di non rompersi, o almeno di non produrre scheggie pericolose in caso di urti; si può crinare, fendere, ma non rompere, grazie all'armatura di xilonite cui sono attaccate le due lastre di vetro.

È molto usato per gli occhiali degli automobilisti, per finestre di navi, vetrine per oggetti da museo, paraventi di automobili e simili vetri soggetti ad urti e pei quali occorre che non avvengano proiezioni di pezzetti di vetro. Con questo «vetro di sicurezza» è evitato ogni pericolo.

(Dagli «Annali d'Ingegneria e d'Architettura», 16 genn. 1919).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Avventizi di guerra.

Lo scorso anno qualche mese prima che con la vittoria italiana si chiudesse la guerra, il professor Frugoni avanzava alcune proposte che tendevano ad integrare le provvidenze intese a rialzare il tono morale dei combattenti. Si proponeva che, a pace conclusa, nell'assegnazione dei posti di pubbliche amministrazioni si dovesse tener conto delle prestazioni militari dei concorrenti durante la guerra e che in ogni caso l'ammissione al concorso di coloro che non avevano prestato servizio alle armi per ragioni di salute dovesse essere subordinata ad un accertamento sanitario da parte di un collegio medico all'uopo istituito.

Tali proposte se da una parte potevano sembrare dettate da criterî di opportunità politica del momento, rispondevano, come rispondono tuttora, a sani concetti di moralità.

Ed allora noi commmentando le proposte stesse aggiungemmo: « La ressa di coloro che, sottrattisi alle armi per qualche malattia o imperfezione fisica, tendono di accaparrarsi un posto nelle pubbliche amministrazioni, si fa già sentire. E non creare ingiuste illusioni al riguardo è buona profilassi politica. Se giusta provvidenza è stata quella di sospendere per tutto il periodo della guerra i concorsi, altrettanto giusta sarà quella — e noi dobbiamo sollecitarla insistentemente — che prescriva che il periodo di servizio prestato in via provvisoria durante la guerra sotto nessun riguardo e per nessun titolo può esser preso in considerazione nell'assegnazione definitiva dei posti ».

Intuimmo il pericolo, ma inverità non sospettavamo che esso si facesse sentire con tanta sollecitudine.

I colleghi avranno preso notizia di un ordine del giorno votato a Reggio Calabria dai medici di reparto provvisorî delle Ferrovie dello Stato, il quale è stato pubblicato nel precedente numero di questo periodico. Essi desiderano che — in riconoscimento dell'opera per varî anni prestata — si provveda alla loro sistemazione in pianta stabile ed hanno dato mandato ad un gran numero di persone perchè si rechino *subito* a Roma per esporre i loro desiderî alle competenti autorità.

Non sappiamo che cosa pensino tutti i Presidenti di Ordini, di Federazioni e di Associazioni del mandato loro commesso dai colleghi calabresi; per ora sappiamo che il desiderio di questi ultimi è in contrasto con ogni principio di equità e di giustizia, lede ogni patto di solidarietà, ed offende i sentimenti di riconoscenza che tutti dobbiamo avere verso coloro che per il paese hanno tanto sacrificato.

Non è necessario dir molte parole per spiegare che nella questione che ora si vuol far sorgere tra medici provvisorî ed amministrazione ferroviaria ci sono da tutelare diritti di gran lunga superiori, i diritti dei colleghi che da anni ed anni sono lontani per servire il paese.

I medici che ora reclamano la sistemazione ebbero *senza concorso* ed in via provvisoria l'incarico di sostituire i titolari richiamati alle armi o di coprire i posti vacanti fino a quando si fosse potuto provvedere a mezzo di concorso.

Per procedere quindi alla sistemazione in pianta stabile di tali medici si dovrebbe nel primo caso dare il ben servito al titolare del reparto e dichiarargli che per il fatto di essere stato alla guerra, di essere stato sotto tutti i riguardi danneggiato per il richiamo alle armi, egli si è meritato di essere sollevato dal posto vinto per concorso, e ciò perchè questo posto è stato occupato da un collega che, rimasto attaccato al proprio focolare per un esonero, per riforma, per età o altro, fu *pregato* di accettare provvisoriamente un incarico che per mancanza di altri medici non si poteva affidare ad altri che a lui. È vero che nell'ordine del giorno votato a Reggio Calabria è aggiunto: *senza lesione dei diritti dei titolari*, ma per non far torto alla intelligenza dei votanti dobbiamo qualificare l'aggiunta semplicemente ipocrita.

Nè meno strana ed ingiusta è la pretensione dei medici provvisorî delle linee ferroviarie calabresi nel caso che essi si trovano a coprire reparti vacanti per il fatto che le vigenti disposizioni non hanno consentita la nomina di un titolare per concorso. Essi, i medici provvisorî, desiderano eludere le prescrizioni tassative del decreto che ha vietato e vieta durante la guerra ogni pubblico concorso. Non è necessario spiegare lo spirito di questo decreto, che a suo tempo fu appreso con soddisfazione di tutti, come non è necessario spendere parole per dimostrare che l'ordine del giorno di Reggio Calabria domanda la violazione della lettera e dello spirito del decreto stesso.

Vorrebbero, i medici provvisorî, il privilegio di essere esonerati da ogni concorso ed essere nominati stabili in considerazione delle loro prestazioni durante la guerra. Ma noi non possiamo fare il torto agli egregi colleghi di Reggio Calabria, di ritenere che essi non abbiano compreso

che soddisfacendo la loro richiesta si toglierebbe il diritto a concorrere a coloro che hanno dato alla patria ed alla causa della umanità anni di esistenza, che hanno sofferto i più duri sacrificî, che sono stati colpiti duramente nei loro interessi. Sarebbe davvero iniquo che i medici ritornati dalle trincee, dalle Sezioni di Sanità, dagli ospedali da campo trovassero oltre che la clientela svanita, i posti pubblici occupati dai colleghi che alla guerra, personalmente, nulla hanno dato o che eventualmente dalla guerra hanno avuto una maggiore clientela, e la occupazione, sia pure temporanea, di posti in pubbliche e private amministrazioni.

Noi abbiamo fiducia che il sentimento della giustizia e della gratitudine prevarrà, che i colleghi calabresi riconosceranno la opportunità di non insistere e che le istituzioni alle quali hanno chiesto appoggio non si presteranno a sostenere una causa che danneggia colleghi che si sono acquistate per la guerra vere benemerenze. Se essi sono assenti, non per questo meritano di essere trascurati. Comunque non dubitiamo che i dirigenti il servizio sapranno resistere e rispettare la legge e con questa i diritti di tutti.

Pangloss.

Per gli aiuti e gli assistenti universitari smobilitati.

Riceviamo:

Signor Direttore del Giornale
« Il Policlinico »

Leggo in un giornale le disposizioni precise che regolano l'indennità di congedamento degli ufficiali, ultima edizione. Dall'indennità sono esclusi, dato il fatto che essi sono considerati impiegati dello Stato, tutti gli ufficiali in atto assistenti ed aiuti universitarii.

Ora ciò è erroneo e deve essere corretto per diverse ragioni. L'aiuto od assistente (stipendio da L. 1500 a 2000) non è un impiegato d'organico, ma egli sta a quel posto solo *pro tempore* e con uno stipendio che non può certo mantenerlo in vita.

Molti di essi sono professionisti ed è con i proventi della professione di medico, che essi sbarcano il lunario. Questi tali professionisti, qualche volta ben avviati, sono stati sbalestrati, anche se erano di classe anziana (1870-71, ecc.) per parecchi anni al fronte o per lo meno lontani dal loro centro di attività professionale e si sono ridotti a vivere con la famiglia lontana, solo con lo stipendio di assistente e con la differenza dello stipendio del grado che avevano nell'esercito. Essi, evidentemente, durante il loro servizio hanno perduto non solo i proventi professionali ma ancora una clientela, e per riacquistarla occorrerà qualche anno.

Ora, data la legge, che li equipara agli impiegati dello Stato con stipendio da 3500 a 6000 o più, essi saranno costretti a vivere per parecchi mesi con le 1500-2000, che loro passa lo Stato.

È ciò logico ed umano? Una volta esisteva una Federazione degli Assistenti che poteva tutelare i nostri interessi, oggi chi ci tutelerà?

Ella che prende a cuore gli interessi di noi medici, se legittimi, prenderà, spero, anche a cuore quelli di questi salariati e non stipendiati dello Stato.

Con le mie scuse ed i miei ringraziamenti

Dev.mo: *N. N.*
Aiuto di clinica.

Per gli ufficiali medici della Croce Rossa in servizio presso l'esercito.

Riceviamo:

« Il Policlinico » ha pubblicato una lettera sulla promozione degli Ufficiali medici *ceduti* dalla Croce Rossa Italiana alla Sanità militare. Per la giusta valutazione e per la conseguente soluzione del problema mi sembra importante porre nei giusti termini una pregiudiziale che ne è il pernio.

Cosa sono i Medici ceduti dalla C. R. I. alla Sanità militare? Essi rappresentano una forma ibrida, qualcosa di peggio del classico servo di due padroni. La Sanità ha accolti questi elementi come figli legittimi trattandoli per quanto le compete alla stessa stregua degli altri. La C. R. I. cedendoli ha voluto mantenere sopra di essi *il proprio dominio* ma non li considera come figli emigrati per il compimento del loro dovere; essa non ignora che la maggior parte di costoro hanno volenterosamente disertato per darsi in braccio alla Sanità verso la quale essa non nutre i più cordiali sentimenti, quindi li considera come *figli degeneri* immeritevoli della santa protezione materna.

Di fronte a questi medici la Sanità deve limitarsi a proposte e nulla più in fatto di avanzamento, che è dovuto esclusivamente alla Croce Rossa Italiana. Non oserei affermare che i titoli acquisiti presso la Sanità costituiscano presso i dirigenti della Associazione un merito.

Già nel 1916 « Il Policlinico » levò la voce a considerazioni che si credettero destinate ad apportare frutti di non lieve importanza per gli ascritti (parlo di medici) alla C. R. I., pubblicando opportunissimi articoli in uno dei quali era esposto un nobile programma. *Salviamo,* si scriveva, *i medici dallo snobismo aristocratico incompetente che si è impadronito della Associazione frustrandone i nobili scopi.*

La Censura provvida intervenne, quasi l'argomento minacciasse la sicurezza dello Stato; il deplorato snobismo fu salvo, non così il decoro ed il prestigio dei medici i quali rimasero alla mercè dei magnati della C. R. il cui motto fu ed è *sic volo sic jubeo, stat pro ratione voluntas!.....*

È da augurarsi che « Il Policlinico » riprenda la interrotta questione ed abbia a collaboratori quanti sono in grado di esporre elementi per la rivendicazione di sacri diritti ingiustamente calpestati da coloro che durante la guerra poco o nulla dettero per tutto ricevere.

Frattanto i medici ceduti dalla Croce Rossa alla Sanità debbono per il conseguimento dei loro diritti chiedere il passaggio reale e completo alla Sanità militare alla quale appartengono di diritto poichè tutti o quasi sono man mano venuti a contrarre quegli obblighi di leva che pri-

ma non avevano onde non è giusto siano lasciati in balìa della Croce Rossa dopo avere compiuto il loro dovere nelle file dell'Esercito. Solo attraverso a tale provvedimento essi potranno conseguire legittime aspirazioni. Dottor L.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione degli Ordini dei Medici. — La Presidenza federale ha diramato le seguenti due circolari ai Presidenti degli Ordini:

Egregio Collega,

Nella lettera circolare n. 2278 che ebbi l'onore di spedirle in data 6 novembre 1918, mi riservavo darle notizia del *referendum* che era stato indetto dal Consiglio Federale, circa la opportunità di una convocazione dell'Assemblea Federale.

I risultati che si sono ottenuti furono i seguenti: 24 Ordini si sono pronunciati contro la convocazione immediata dell'Assemblea; 21 furono favorevoli. Per il convegno regionale 38 furono favorevoli e 3 contrari.

Non risposero 23 Ordini.

Tre soli (Livorno, Pisa e Siena) si sono dichiarati favorevoli ad un convegno di Presidenti.

Ella osserverà, senza dubbio, che queste notizie le potevano essere comunicate anche prima di oggi; ma io desidero darle ragione del ritardo frapposto.

Era intendimento dell'Ufficio di presidenza di chiamare ad un convegno amichevole i sigg. Presidenti, onde venire ad una intesa circa le migliori provvidenze per far funzionare la Federazione; sebbene non mi nascondessi che, per disposizione dello Statuto Federale, una siffatta riunione non aveva poteri per deliberare. Ma le gravi condizioni della salute pubblica mi hanno sempre sconsigliato dal promuovere tale convegno a Roma o in qualsiasi altro luogo. Il distrarre i Medici dalle loro occupazioni in un momento così delicato, ci sarebbe parsa colpa e noi non abbiamo voluto commetterla, pensando che qualche settimana o, sia pure, qualche mese di ritardo, non avrebbe potuto nuocere alle nostre decisioni.

Piuttosto, ora che le condizioni sanitarie del Paese sono grandemente migliorate, ed è cessato lo stato di guerra, sebbene la pace non sia ancora conclusa, riteniamo opportuna, senza ulteriori indugi, la convocazione dell'assemblea federale. Gli Ordini che hanno tenuto in questo mese le loro riunioni ordinarie, potranno, così, recare l'eco delle discussioni avvenute, e portare i loro studi su tutti quegli argomenti che, nelle singole riunioni, sono apparsi di maggiore importanza nel momento presente.

La prego, quindi, sig. Presidente, di volermi far tenere non più tardi del 15 febbraio prossimo, quei temi che cotesto Ordine intende portare in discussione, affinchè io, in tempo opportuno (art. 8 dello Statuto), possa darne comunicazione agli Ordini.

Con riserva di precisarle i giorni dell'assemblea, che si terrà nella seconda metà del venturo marzo, La prego gradire i sensi della mia considerazione.

Il vice-presidente
Dr. BALLERINI.

Roma, 3 febbraio 1919.

Egregio Collega,

L'insuperabile atto di eroico valore compiuto dal dott. Raffaele Paolucci, medico della R. Marina, atto di valore che ha richiamato su di lui l'ammirazione del mondo, non deve, nè può essere dimenticato dalla classe sanitaria italiana. Se l'azione compiuta dal Paolucci è di natura militare ed esula dai confini nei quali si esplica la attività nostra, essa, tuttavia, rivela in lui, oltre che il coraggio insuperabile di chi offre la vita per la grandezza e per il trionfo della Patria, la genialità di nostra gente, l'audacia cosciente dei forti; ed una categoria di cittadini che degnamente onora chi le appartiene, onora sè stessa.

Il Consiglio Federale degli Ordini dei Medici, da me interrogato per *referendum*, ha stabilito di rendere onoranza al valoroso collega. E perchè il nome di lui rimanga nel tempo, benedetto, ammirato ed amato, ha deciso che il miglior modo, perchè Raffaele Paolucci sappia che il suo nome, circonfuso dall'aureola della gloria, non sarà mai dimenticato dai medici italiani, sia la fondazione di un posto in convitto, e una borsa di studio da concedersi annualmente dal Collegio di Perugia ad un orfano di medico.

A tale scopo occorre una precisa somma non inferiore a 8.000 lire per la borsa di studio, e a 20.000 per il posto in Convitto. Ed io mi rivolgo a lei, sig. Presidente, perchè voglia promuovere fra i colleghi del suo Ordine una apposita sottoscrizione cui saranno ben lieti di partecipare i medici iscritti nell'albo a qualsiasi categoria appartengano (medici ospitalieri, liberi professionisti, medici condotti, medici militari, medici ferroviari).

Il fine che si è proposto il Consiglio federale è così altamente nobile ed umano che io non dubito affatto della riuscita di questa sottoscrizione. E le somme che superassero il preventivo saranno versate alla sottoscrizione pei danni sofferti dai Colleghi e dalle loro famiglie a causa della guerra; che anzi le nuove offerte non devono pregiudicare nè compromettere le precedenti. Ed io pienamente fiducioso nello zelo e nella attività della S. V. Ill.ma mentre anticipo i più vivi ringraziamenti a nome dei Consiglio federale, spero di poter rendere conto della compiuta sottoscrizione nella prossima assemblea federale, per la quale si è già spedita apposita lettera in data 30 gennaio.

Con distinti saluti Il vice-presidente
Dr. BALLERINI.

Le offerte devono inviarsi allo scrivente: Roma, Foro Traiano, 1 - Ordine dei Medici.

Appello alla pietà delle famiglie dei medici.

Sottoscrizione per una giovanetta orfana di un medico:

« Policlinico »	L.	25
Lavinia Coluzzi Bartoccioni (Ramazzano)	»	25
Corinna Baldelli (Ramazzano)	»	20
Maria Marchetti (Città di Castello)	»	50
Signora Minciotti (Foligno)	»	10
Tenente G. Fucci (Foligno)	»	5
Dott.ª Anna Zanon (Roma)	»	10
	L.	145

SERVIZI SANITARI.

Assistenza ospedaliera.

Caro « Policlinico »,

Nel numero 3, Sez. pratica, leggo un articolo di un abbonato, che riguarda la « riforma dell'assistenza ospitaliera » ed in calce, nel breve commento, l'invito a discutere il vasto problema. Prendo atto da ciò per informare anzitutto che la Scuola che vive a Roma col nome « Regina Elena », vive a Firenze col nome « Regina d'Italia », vive a Milano col nome « Principessa Jolanda » e tutte, sebbene autonome fra loro, si propongono un unico scopo; cioè di dare un elemento capace coadiuvatore del Medico, amorevole e disinteressato nell'assistenza del malato.

Di questa questione di alta importanza sociale, si è già occupato e sta occupandosi il Governo. Nel maggio 1918 il Ministero d'I. A. e C. iniziò in Firenze un corso sperimentale di propaganda; poi venne nominata la Commissione Reale che si propose di studiare a fondo la questione e di visitare minutamente gli Ospedali e le Scuole esistenti per poi giungere ad una relazione esatta che definisse un indirizzo da prendersi.

Ritornando all'articolo su citato, leggo che l'abbonato chiede « un'adunanza generale, fra tutti i Direttori Medici dei piccoli e grandi Ospedali d'Italia, affinchè dall'esposizione e discussione di tutte le questioni pro e contro l'attuale sistema d'assistenza sorgesse un progetto di riforma da indirizzare alla Commissione..... » per il timore che una « riforma venga eseguita senza il modestissimo parere di quei tecnici che sono preposti alla Direzione dei tanti Ospedali disseminati in tutta l'Italia e che forse, meglio di tutti, conoscono i pregi ed i difetti dei loro dipendenti e dei servizi ».

Se non sbaglio, i Direttori degli Ospedali hanno più volte intavolata e discussa la *questione* senza venire a nessun risultato; perchè si vorrebbe attendere ora a delle riunioni, dopo quasi un anno che la Commissione ha iniziato i suoi lavori, lavori che a quest'ora saranno già inoltrati? Nuove discussioni prolungherebbero uno stato di cose che immediate decisioni devono modificare.

A parer mio, la Commissione presieduta da un eminente uomo, l'on. Bertolini, ha nella sua compagine il rappresentante di ogni ramo di Direttori in esimie autorità mediche (Direttori della Sanità pubblica, civile e militare del Regno, Direttori dell'Ospedale di Milano, Direttore della Clinica Med. di Roma) e di impareggiabili Amm. di grandi Ospedali e potrà e saprà risolversi con un concetto di bene nazionale, mentre un accordo fra i Direttori di tutti gli Ospedali oltre ad essere impossibile, può essere animato da particolari interessi che turbino il concetto generale, non esclusi dannosi favoritismi. Solo una Commissione simile può togliere i mezzi termini e proporre per tutta Italia una *riforma* che modifichi, con una sola impronta, l'attuale personale di assistenza.

Tale obbiezione si basa su un fatto molto semplice: quasi tutte le Direzioni degli Ospedali lavorano da anni con un personale molto discutibile ed ostacolano lo svilupparsi delle Scuole Infermiere che hanno tentato una riforma, tanto che alcune hanno dovuto chiudersi (es. Napoli); come potranno questi Direttori propugnare serenamente una vera riforma? Se il personale attualmente adibito al servizio d'immediata Assistenza lascia molto a desiderare, non è tutta colpa sua, fu errato il reclutamento, furono poche le esigenze. Come dunque ottenere ad un tratto che i Direttori s'uniformino ad un'evoluzione che conduca a radicali cambiamenti?

L'abbonato stesso viene ragionando con questo criterio nella seconda parte del suo articolo, quando cioè scrive della difficoltà che incontrano le Infermiere diplomate « di cui poche sono tenute in considerazione da Amm. Ospitaliere di tante Opere Pie presso le quali si presentarono, sia per diffidenza, sia per reconditi fini politici o confessionali ».

Il lavoro dei Direttori verrà poi, per inevitabili necessità di adattamenti locali; ma ora si lasci alla Commissione di proporre, in modo che Regolamenti, Programmi, Orari, ecc., siano uguali per tutta Italia.

La riforma dovrà essere necessariamente graduale per ragioni diverse:

1° Perchè è doveroso tener conto del personale esistente che ha dato per tanti anni il proprio lavoro, e che ha il diritto di ottenere tutti i beneficî amministrativi che gli provengono da questo lavoro.

2° Perchè pure essendovi parecchie Scuole, ed anche impiantandone altre nel centro di ogni regione, non si potrà mai sopperire in breve tempo alla necessità di ogni Ospedale Italiano.

La fine dell'articolo in questione concorda perfettamente colle mie idee: solo mi permetto di obbiettare che la « nobile arte di *Florence Nightingale* » non deve essere seguita perchè dà « una professione per vivere », ma deve essere seguita perchè dà effettuazione ad un naturale desiderio, il quale deve andare unito (non in precedenza però) a quello di una indipendenza economica. Ogni lavoro compiuto deve essere retribuito; cessi una buona volta in Italia il pregiudizio di ritenere servile la donna che basta a sè col suo lavoro; ma la donna che si fa infermiera deve farsi tale perchè il suo spirito di carità, di resistenza e di amorosità non può in altri campi svolgersi come in questo.

E per concludere: si stabilisca pure un decreto, una legge per i concorsi; ma che i concorsi siano fatti coll'appoggio della Scuola che formò l'infermiera per ovviare fin dall'inizio un reclutamento di infermiere diplomate, che dopo il tirocinio ed il diploma non corrisposero poi con lodevole contegno e si allontanarono indiscutibilmente dalla linea che la riforma si prefigge.

Un altro abbonato.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Il prof. Francesco Paolo Sgobbo è promosso al grado di ordinario in Radiologia ed Elettroterapia presso la R. Università di Napoli.

Il dott. Augusto Ciaconi da Fabriano (Ancona) è nominato cavaliere nell'ordine della Corona d'Italia.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7616) *Congedamento Ufficiali medici - Retribuzione.* — Dott. G. L. da S. Essendo stata collocata in congedo il 27 settembre 1918, Le competono, oltre le indennità previste dallo articolo 1° del D. L. 14 novembre 1915, n. 1613, e, cioè, due mesi di stipendio per il primo anno di servizio ed un mese per ognuno degli anni successivi, anche le lire 250 di indennità vestiario. Tali indennità sono a carico della Amministrazione della Guerra. Dal 1° ottobre in poi, data in cui ha ripreso il servizio di medico condotto, ha diritto allo intero stipendio comunale a carico, si intende, del Comune.

(7618) *Pensioni - Computo di servizii riscattabili.* — Dott. G. A. R. da A. D. R. Avendo Ella aderito alla Cassa di Previdenza prima della promulgazione della legge del 2 dicembre 1909 può far valere gli anni di servizio prestati con nomina regolare dal 1890 al 1903 e dal 1896 al 1898 incluso, cioè, sette. Questi sette anni, cumulati con gli altri 11 prestati dal 1907 ad oggi, formano in suo attivo un servizio valutabile di anni 18. E poichè per liquidare la pensione occorrono 24 anni 6 mesi ed un giorno di servizio, deve rimanere in carica altri sei anni e pochi mesi. Liquiderà in quella epoca l'annua pensione di lire 1232.

(7619) *Pensionati - Indennità caro viveri.* — Dott. E. B. da B. Nessun Decreto Luogotenenziale accorda indennità caro-viveri ai pensionati comunali, nè tampoco l'aumento di stipendio concesso agli impiegati in attività di servizio dal D. L. del 10 febbraio 1918.

(7620) *Medico condotto - Cavalcatura - Differenza di stipendio.* — Dott. D. M. da F. Nello stabilire la differenza dello stipendio che deve essere corrisposta dal Comune si tien conto della indennità di cavalcatura, sempre che essa sia prevista a parte e non sia cumulata nello stipendio, facendone parte integrale. Se il medico condotto ha per capitolato l'obbligo di provvedere da sè, mediante adeguato compenso, alla cavalcatura, non può, rientrando in condotta dopo aver disimpegnato il servizio militare, rifiutarsi a continuarlo o rifiutare il compenso prestabilito. Se questo fosse di molto inferiore alla spesa all'uopo occorrente, potrà rivolgere domanda al Consiglio comunale per equo aumento. Che se il Comune rispondesse negativamente, poichè il di più da spendere per il mantenimento della cavalcatura si risolverebbe in una indiretta diminuzione dello stipendio, potrebbe, per tale ragione, chiedere alla G. P. A. un aumento di ufficio di questo, ai sensi dello articolo 26 della vigente legge sanitaria.

(7621) *Supplenza - Acquisto della stabilità.* — Dott. A. B. C. Non può acquistare la stabilità nel posto che ora occupa provvisoriamente giacchè per esso Ella è un semplice interino e gli interini non acquistano mai la stabilità anche perchè manca la nomina regolare in base a concorso. Oltre a ciò il posto che ora occupa è tenuto da altro collega presentemente in servizio presso la Croce Rossa e, ammettendo la tesi da Lei sostenuta, si potrebbe, con l'eventuale ritorno del titolare, avere l'assurdo di due medici condotti stabili nello stesso posto.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 8212:

Alla questione si è più volte risposto: Ai medici militari *comandati* in servizio civile spettano tutti gli assegni che competono al rispettivo grado, compresa l'indennità caro-viveri.

All'abb. n. 842:

Gli articoli del Decreto che Ella ha letto fanno testo, e la loro interpretazione non è favorevole al suo caso.

All'abb. n. 7180:

L'indennità di L. 25 al giorno corrisposta dal Ministero dell'Interno agli ufficiali medici che vennero comandati in servizio civile per l'influenza è stata assegnata soltanto a quei medici militari che furono sottratti al servizio al quale erano precedentemente addetti e passarono *a disposizione del Ministero dell'Interno* per venire impiegati laddove più infieriva l''epidemia.

All'abb. n. 5600:

È bene che, per evitare equivoci, Ella si presenti al Distretto Militare dal quale dipende notificando la sua posizione.

All'abb. n. 9823:

Vedi risposta all'abb. 9749 nel precedente numero.

All'abb. n. 4387:

Non essendo fino a tutt'oggi avvenuta la smobilitazione della classe del 1880 sarà bene che l'Amm.ne Comunale faccia le pratiche per il suo congedamento. Essendo Ella stato esonerato non le compete l'indennità.

Al dott. L. C. da P.:

Il suo quesito non è chiaro. Occorre che Ella specifichi a quale effetto intenda il computo dei due servizi.

Al dott. M. P. da F.:

Evidentemente il collega Pangloss non intendeva parlare dei medici militari comandati in servizio di condotta, ma di quelli che furono messi a disposizione del Ministero dell'Interno per la lotta contro l'influenza. M. G.

EUGENIO ROSSONI

Serenamente, quasi silenziosamente, com'era vissuto, si è spento, la mattina del 15 febbraio, il Prof. EUGENIO ROSSONI, ordinario di Patologia speciale medica nella R. Università di Roma. Aveva 71 anni e la sua morte ha destato universale rimpianto e dolore sincero ovunque, poichè Eugenio Rossoni non contava che amici.

Ciò detto, si potrebbe non aggiungere altro, essendo bastevole la profonda semplicità di un così breve annuncio per rendere degno ed appropriato omaggio alla memoria del Maestro scomparso.

È d'altronde cosa ardua tracciare la figura di insigni uomini, che furono anche, e sopratutto, semplici e buoni; ed il Prof. Rossoni fu tipicamente uno di questi.

Nacque povero, a Ponzano Romano, nel 1848, e conobbe davvicino privazioni e stenti. Suo padre, modesto medico condotto dell'Agro romano, sotto i papi, non guadagnava che pochi « scudi » al mese, coi quali non riusciva a sfamare i figli; e ad Eugenio, che chiedeva libri, poneva il dilemma di comperar questi o una buona coperta, con cui riparare il lettuccio tormentato dal vento insinuantesi per la finestra senza vetri. Divenuto un giorno ricco, col suo intenso onesto lavoro, il Prof. Rossoni ebbe come uno dei maggiori rimpianti il non aver più suo padre, per ripagarlo cogli agi delle sofferenze patite.

Così, fra sacrifici personali, il Prof. Rossoni studiò dapprima veterinaria, ma rapidamente virò verso studi, che gli permettevano un migliore apostolato, e si laureò in medicina.

Col suo fine intuito Guido Baccelli lo giudicò subito nel suo reale valore e lo nominò assistente, e più tardi aiuto; e per molti anni il Prof. Rossoni sostituì il suo grande Maestro nell'insegnamento della Clinica; e di Baccelli ebbe anche l'amicizia affezionata.

Il Prof. Rossoni non lascia ricca messe di lavori e di scritti scientifici : ma lascia una schiera innumere di medici, sulla cui anima, durante decenni, ha scritto le sue più belle pagine. Egli educò i suoi allievi all'amore della scienza, al culto della verità senza pregiudizi, al rispetto ed all'affetto per l'ammalato.

Della scuola egli visse; la lezione fu sempre per lui una celebrazione semplice e solenne, profondamente umana, che rispecchiava il suo spirito di uomo colto e studioso, più che non mostrasse, profondo intuito al letto dell'infermo, sicuro dei suoi sensi e dei suoi esami, inattesamente ardito quando era convinto, critico sovente eccessivo fino ad essere schiavo del dubbio, amante del nuovo e fiducioso nell'avvenire della medicina.

Il gran pubblico di Roma amava sinceramente e rispettava quella caratteristica figura aitante, dalla testa arruffata e ricciuta, dai grigi occhi penetranti dietro le lenti d'oro; gli allievi di tante generazioni gli erano rimasti doppiamente legati, e da quel tenace filo spirituale, che unisce maestro e scolaro, e da un più forte stimolo di affetto sentito e di bontà attinta.

Così visse il Prof. Rossoni, senza volere rumori od onori : la modestia infatti era diventata il suo abituale attributo.

E nella morte ha conservato la medesima impronta della sua vita. Un breve annuncio, e dietro alla sua salma si è raccolto il più fitto stuolo di colleghi, di medici, di studenti, di amici. Ma tutti ugualmente e davvero addolorati. E fra essi una sola bandiera, abbrunata : quella dell'Università, che fu la famiglia e la vita dell'uomo e dell'insegnante.

G. SAB.

NOTIZIE DIVERSE.

I funerali del prof. Rossoni.

Lunedì, 17 corr., hanno avuto luogo i funerali del Prof. Rossoni, ordinario di Patologia medica dimostrativa nella R. Università di Roma.

Sono riusciti assai imponenti: purtroppo lo spazio non ci permette di ricordare neanche i più autorevoli fra gli intervenuti. Riproduciamo solo le brevi parole, che il Preside della Facoltà medica, senatore Durante, ha dette al momento dello scioglimento del corteo, perchè rappresentano una meritata esaltazione dell'illustre Estinto.

« Signori,

« In nome della Facoltà Medica e della Accademia Medica di Roma, porgo l'ultimo addio al compianto ed amato collega Prof. Rossoni, che virtù cittadine e patriottiche fecero stimatissimo a tutti coloro che ebbero la ventura di conoscerlo. Nella sua prima giovinezza si diede agli studi veterinari; ma non andò molto che egli riconobbe nelle movenze dell'animo suo l'impulso agli studi che più si addicevano ai suoi sentimenti umanitarî: per esplicare meglio i suoi gentili affetti si diede allo studio delle discipline mediche, che egli apprese con entusiasmo, onde fu stimato ed amato dai suoi colleghi e dai suoi maestri.

« Appena laureato, seguì con assiduità impareggiabile le ricerche cliniche presso quel sommo maestro che fu il compianto Guido Baccelli, il quale lo volle tra i suoi aiuti e lo guidò fino alla cattedra, dalla quale il Rossoni insegnò con grande profitto dei giovani, che lo seguirono con devozione filiale, fino a questo funesto giorno, in cui la morte lo ha strappato alla scienza ed all'insegnamento.

« Eugenio Rossoni fu un vero galantuomo, nella più ampia portata della parola. Ogni pensiero di male fu estraneo alla sua mente. Consacrò tutta la sua vita a sollevare le sofferenze dei suoi malati, che seguiva con grande interesse e modi gentili; perciò si rendeva caro e desiderato.

« È da augurarsi che la sua memoria sia guida a tutti coloro che si consacrano all'esercizio della assillante professione medica, la quale diviene un vero sacerdozio sociale quando si compie con quell'intendimento e quella fede che mai fecero difetto nell'anima sua bella, scevra di vanità e di malsane ambizioni ».

Congresso sanitario alleato dell'aviazione.

Il 15 corr., in un'aula della Università di Roma, venne inaugurato il Congresso sanitario interalleate dell'aviazione.

La Francia era rappresentata dai proff. Guillain, Lemaire, Garsaux, Ambard e dai tenenti Gaumont e Capiomont; l'Inghilterra dai proff. Henry Head, Dreyer, Flak, Birley; l'America dai proff. Boggs, Wilner, Rowntree; il Belgio dai proff. Wonckin e Brohee; l'Italia dai generali medici Della Valle e Bressanin, dai proff. Gradenigo, ispettore dei centri psicofisiologici dell'aviazione, Galeotti ed Herlistka, dal tenente ing. Galanti.

V'intervennero il sen. Marchiafava, il direttore di Sanità del Corpo d'Armata di Roma prof. Mennella, il direttore dei servizi sanitari dell'aviazione dott. Di Nola, i proff. Casarini, Bilancioni, Folchi, Leuzzi, Samorini, Mattioli, Romagna, Rasponi e molti altri.

Presero la parola il generale Morris, direttore generale della Aeronautica, il generale Della Valle, il generale Bressanin, il sen. Marchiafava e vari membri delle delegazioni straniere.

I congressisti hanno tenuto varie sedute.

Una Scuola di Erboristeria nell'Università di Parma

Su relazione del Prof. Adriano Valenti di materia medica a Parma, la Scuola di farmacia e la Facoltà di scienze di quella Università, hanno proposto al Ministro della P. I. di aprire, in via di esperimento per quest'anno, una Scuola di erboristeria, aggregata alla Scuola di farmacia.

L'On. Berenini ha accolto la proposta, e bene auguriamo alla Scuola, che sorge con intendimenti pratici di pubblico bene per l'interessamento di chi dà prova di saper intendere i nuovi doveri.

Una delle maggiori difficoltà per lo sviluppo del commercio delle piante medicinali in Italia era data dalla mancanza di tecnici capaci di conoscere tali piante, e di sapere quali sono le parti officinali, quando debbano essere raccolte e come preparate. Creando ora dei competenti, questi avranno cura di sfruttare il diploma professionale; le grandi ditte potranno con fiducia rivolgersi ad essi, per procurarsi le piante che crescono spontanee in Italia o che vi potranno essere coltivate.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI *Roma, 2 marzo 1919* **Fasc. 9**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

ABBONAMENTI PER IL 1919.

	ITALIA	ESTERO	
Alla sezione pratica	L. 20	Fr. 25	in oro
Alle sezioni medica e pratica	» 25	» 35	
Alle sezioni chirurgica e pratica	» 25	» 35	
Alle sezioni medico-chirurgica e pratica	» 30	» 40	

MEMENTO AI RITARDATARI. **Saremo grati agli associati che non hanno ancora spedito l'importo del loro abbonamento di affrettarne l'invio possibilmente non più tardi della fine del corrente mese. Ciò faciliterà molto il lavoro amministrativo ed eviterà ritardi nella spedizione dei fascicoli.**

Rammentiamo che la Cartolina-Vaglia dovrà essere indirizzata nominativamente al prof. ENRICO MORELLI, *via Sistina, 14, Roma, e che a medesima (nel posto riservato al bollo dell' Ufficio Postale pagatore) deve essere munita della prescritta marca da bollo da 5 centesimi. Chi si trova sprovvisto della marca può accrescere detti 5 centesimi all' importo della Cartolina-Vaglia stessa.* L' AMMINISTRAZIONE.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretta dal Sen. Prof. BOZZOLO.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI TORINO
(diretta dal Col. Dr. A. GURGO).

Sul problema eziologico dell'odierna pandemia dell'influenza

per i prof. F. MICHELI T. Col. Medico
e dott. G. SATTA, aiuto della Clinica.

(Continuazione e fine).

L'influenza è sostenuta da un virus filtrabile?

Favorita dalla stessa insufficienza e contraddittorietà dei responsi batteriologici, suggerita dal nuovo orientamento delle ricerche causali, che, sulla direttiva dei virus filtranti, ha condotto alla determinazione della eziologia, finora misteriosa, di tante infezioni umane ed animali, avvalorata da indubbie analogie epidemiologiche e cliniche, la concezione che anche il virus dell'influenza appartenga alla categoria dei virus ultramicroscopici (afanozoi di Kruse) si è imposta, quasi naturalmente all' attenzione di molti studiosi anche prima di essere sanzionata da rigorose ricerche sperimentali. Ed anche oggi, se consideriamo un po' da vicino i pochi contributi su cui la nuova dottrina si fonda, non sempre del resto riferiti o citati con esattezza, essa apparisce in realtà più presunta che definita, più largamente e volenterosamente accettata come un'ipotesi chiarificatrice che ineccepibilmente documentata.

Le indagini sperimentali finora note sulla natura ultramicrospica del virus dell'influenza pos-

sono essere divise in due gruppi distinti, il primo dei quali comprende le ricerche intese a dimostrarne la presenza nel sangue e il secondo quelle miranti a dimostrarlo nel cavo naso-faringeo o nelle secrezioni tracheo-bronchiali degli ammalati. Il primo gruppo di ricerche che, in ordine di tempo, rappresentano, per quanto infruttuose, i primi tentativi di dimostrazione della filtrabilità del virus influenzale, fu iniziato da noi, nella Clinica e per consiglio del nostro illustre Maestro prof. Camillo Bozzolo, fin dal giugno u. s., quando dominava a Torino, come in altre parti d'Italia e di Europa, una forma epidemica assai vicina clinicamente alla febbre dei tre giorni, forma epidemica oggi pressochè concordemente considerata, per le ragioni già esposte, fra cui non ultima l'esito negativo delle nostre esperienze di trasmissione sperimentale (1) come la prima e più benigna espressione, in altre parole come la prima fase dell'odierna pandemia. Nel precedente lavoro abbiamo già riferito i risultati di queste indagini e di alcune altre compiute col sangue di ammalati di influenza nella seconda e più grave ripresa epidemica (agosto). L'esito negativo delle prime esperienze avendo creato in noi e nell'ambiente della Clinica la persuasione della perfetta innocuità dell'iniezione di sangue filtrato di influenzati, è stato assai facile trovare ed accettare soggetti disposti ad ulteriori esperienze, anche in un periodo in cui l'influenza aveva perduto la sua primitiva benignità.

Riassumendo nel loro complesso le nostre ricerche, diremo che dal giugno a tutt'oggi i soggetti inoculati sotto cute con siero filtrato attraverso candele Berkefeld sommano a 12. Si tratta di soggetti giovani, mai contagiati d'influenza, mantenuti in osservazione per un periodo di oltre 15 giorni in reparti immuni, per quanto è possibile ottenere in tempi di pandemia. La dose di siero ha oscillato fra 1 e 2 cmc. (per lo più 2), vale a dire fra 2 e 4 cmc. del miscuglio a parti eguali di siero e di soluzione fisiologica, filtrato per mezzo di una pompa ad acqua attraverso a candele Berkefeld Nordtmeyer ed esente da germi visibili e coltivabili. Il siero che ha servito a queste esperienze fu prelevato nelle prime 16-20 ore dall'inizio dell'affezione da 5 casi tipici e conclamati d'influenza, due dei quali appartenenti alla fase epidemica del giugno u. s., due alla ripresa della seconda metà di agosto ed una al periodo epidemico di ottobre, e venne inoculato a non oltre 12-16 ore dal salasso.

L'esito fu costantemente lo stesso in tutti i 12 soggetti sottoposti alla prova; nei 15 giorni successivi all'iniezione ed oltre nessun sintomo d'influenza, nessun rialzo febbrile.

Un'altra serie di ricerche fu compiuta di recente con intenti di vaccinazione preventiva inoculando sotto cute sei altri individui con 1-2 cmc. di sangue semplicemente defibrinato e non filtrato (Wassermann negativa) tolto il giorno prima da un paziente colpito da non oltre 6 o 7 ore da un attacco influenzale (temperat. 40°.3), provocato sperimentalmente, come vedremo, mercè l'inoculazione di una sospensione filtrata di escreato.

Il risultato fu ugualmente nullo.

Queste nostre esperienze esigono, prima di procedere oltre, due parole di commento.

Esse dimostrano anzitutto che il virus dell'influenza non è presente, o per lo meno non è facilmente dimostrabile, alla stregua delle consuete prove di trasmissione sperimentale e nei limiti delle dosi da noi adoperate, nel siero di sangue filtrato dei colpiti in primo stadio dalla malattia.

D'altra parte, l'esito egualmente negativo dell'ultima serie di ricerche sembra escludere la eventualità che il virus influenzale, pur essendo presente in circolo e pur appartenendo alla categoria dei filtrabili, non possa essere trasmesso col siero filtrato o perchè strettamente aderente agli elementi corpuscolati o perchè contenuto nel sangue sotto una forma non filtrabile.

In queste contingenze, la trasmissione sperimentale dell'infezione, negativa col siero filtrato, dovrebbe, evidentemente, riuscire positiva col sangue intero, così come avviene, com'è noto, per il virus della febbre delle trincee, la cui natura filtrante, non dimostrabile nel sangue, sembra accertata dalle ultime e interessantissime ricerche dei componenti la commissione americana presieduta da R. P. Strong (1), che sono riusciti a riprodurre nell'uomo la caratteristica sindrome morbosa mercè l'iniezione di filtrati attraverso Chamberland delle orine e dell'escreato di ammalati e delle feci di pidocchi infetti.

Il virus dell'influenza non pare dunque contenuto in quantità apprezzabile nel sangue, ciò che, tra l'altro, conserva tutto il suo valore alle prove di trasmissione compiute nell'intento di separare la febbre dei tre giorni da alcune forme influenzali clinicamente molto affini, per quanto epidemiologicamente affatto distinte.

È nota difatti la facilità con cui riesce la trasmissione sperimentale della malattia anche con piccolissime dosi di siero filtrato di febbre dei tre giorni, purchè prelevato in periodo precoce: nelle nostre assai numerose ricerche al riguardo, riferite nel precedente lavoro, il siero di ogni caso di febbre da pappataci si addimostrò infettante nella metà circa dei soggetti inoculati.

La conclusione che il virus influenzale non sia

(1) Riuscite soltanto nel luglio in un tipico, circoscritto focolaio di febbre dei 3 giorni, da qualche anno presente a Torino.

(1) Trench Fever Report of Comm. Med. Research Committee Am. Red Cross. Oxford Un. Press, 1918.

presente in quantità facilmente apprezzabili nel sangue contrasta in realtà con le affermazioni di alcuni autori, che sulla guida di H. Violle (1) dànno senz'altro come stabilito che il virus grippale sia un virus filtrante e circoli durante il primo periodo nel sangue dei colpiti. Ma donde il Violle e gli altri abbiano tratto questa convinzione noi non sapremmo dire. Un'unica recente esperienza in questo senso di Dujarric de la Rivière (2) che, essendosi inoculato sotto cute, in pieno periodo epidemico, 4 cmc. di sangue influenzale defibrinato e filtrato attraverso Chamberland, presentò in IV giornata una lieve sindrome grippale, non può infirmare, ci sembra, i risultati costantemente negativi delle nostre assai più numerose esperienze, che del resto hanno trovato piena conferma nelle ricerche di Ch. Nicolle e Lebailly (3).

Se in queste ultime ricerche, come vedremo, si riassume o quasi tutta la odierna documentazione della natura filtrabile de virus dell'influenza, da esse è risutato ugualmente che l'inoculazione nell'uomo (2 casi) del filtrato di espettorato di influenzati non è seguita da alcuna manifestazione morbosa, che la stessa sorte è toccata all'iniezione endovenosa nell'uomo (1 caso) di tre cmc. di sangue intero di un paziente affetto da due giorni da una forma classica di grippe e che, infine, il sangue delle scimmie sperimentalmente infettate, inoculato sotto cute nell'uomo, è parimenti senza effetto.

La mancata constatazione del virus nel sangue non importa, comunque, come necessaria conseguenza l'esclusione della natura ultramicroscopica del virus influenzale, di cui si potrebbe supporre, come succede del resto per altri virus filtranti strettamente aderenti a determinati prodotti morbosi o a determinati tessuti, che si localizzi precocemente ed essenzialmente negli epiteli delle mucose delle prime vie aeree o che dalle proprietà viruliciде del sangue sia reso rapidamente inattivo.

E in realtà indubbiamente più fruttifere, per quanto discordi e non incontestabilmente conclusive, sembrano le esperienze del secondo gruppo, intese, come dicemmo, a dimostrare il virus influenzale nelle secrezioni delle mucose delle prime vie aeree. La serie è stata aperta, com'è noto, da H. Selter (4), direttore dell'Istituto d'Igiene di Könisberg. L'acqua di lavatura del cavo naso-faringeo di cinque malati d'influenza, filtrata attraverso Berkefeld ed esente da batteri

(1) « Presse Médicale », n. 57, ... 1918.
(2) « Presse Médicale », p. 579, 11 novembre 1918.
(3) « Presse Médicale », n. 58, 17 ott. 1918.
(4) « Deut. med. Woch. », n. 34, 1918.

coltivabili, viene nebulizzata mediante un comune inalatore e respirata per pochi secondi dallo stesso Selter e da una sua assistente.

L'indomani, dopo un periodo di incubazione inferiore a 24 ore, il Selter ha presentato un po' di corizza e di cefalea dissipatisi la sera stessa, mentre l'assistente ha avuto sintomi un po' più spiccati, stanchezza, dolori muscolari e nella notte sensazione di brividi e sudori.

I risultati, in verità, assai modesti, richiamano alla mente, per la brevità del periodo di incubazione assai più corto che in altre esperienze successive e per la natura stessa delle manifestazioni morbose, quelli ottenuti da Kruse (1), da G. B. Forster (2) e da altri sulla filtrabilità del virus contenuto nelle secrezioni nasali dei comuni raffreddori.

E sono, sopratutto, in aperto contrasto con i risultati raccolti poco dopo da Keegan e Rosenau (3) con esperienze condotte con larghezza di mezzi e rigore tecnica in una base navale americana. Il prodotto della filtrazione attraverso candele Mandler dell'acqua di lavatura del cavo naso-faringeo e dell'escreato di due casi tipici e recenti d'influenza, trasportato rapidamente in località immune, venne instillato dagli autori, a meno di 4 ore di distanza dalla raccolta del materiale, nelle cavità nasali di nove volontari, che non presentarono in seguito alcun fenomeno morboso.

Seguono affatto indipendenti, ma di queste più fortunate, le note esperienze di Ch. Nicolle e Lebailly.

Si tratta essenzialmente di due serie distinte di indagini. Nella prima una sospensione in soluzione fisiologica di escreato bronchiale di casi recenti d'influenza, decantata dopo una breve centrifugazione, ma non filtrata, viene inoculata per via sottocongiuntivale e instillata per via nasale in due scimmie inferiori (Macacus sinicus e Macacus cynemologus) con esito di una sindrome febbrile iniziatasi al VI giorno dopo l'iniezione e dissipatasi dopo 3 giorni. Nella seconda, con lo stesso tipo di materiale, ma questa volta filtrato per Chamberland L 2, vengono inoculati per via sottocutanea due uomini, in uno dei quali si manifesta, egualmente in VI giornata, una sindrome definita senz'altro come grippale classica, nell'altro, dopo uno stesso periodo d'incubazione, una sindrome lieve. La deficienza della prima serie dell'esperienze di Nicolle, insita sovratutto nello aver inoculato una sospen-

(1) Citato da Lenz in « Corrisp. - Blatt für Schw. Aerzte », n. 38, 1918.
(2) « Journ. of inf. Diseases », vol. 31, n. 5, 1917.
(3) Loc. cit., 28 sett. 1918.

sione non filtrata, ha trovato in certo qual modo riparazione in recentissime ricerche di Gibson, Bowman e Connor (1), che hanno ottenuto in due scimmie inferiori (Macacus Rhesus) inoculate per via sottocutanea ed instillate per via nasale con le stesse modalità, ma con materiale filtrato attraverso Chamberland L 1 bis, una sindrome morbosa assai lieve in un caso (VII giornata) e un po' più accentuata (VIII giornata) nell'altro.

Accanto a questi due successi gli autori inglesi registrano due insuccessi operando nelle stesse condizioni, ma con escreato influenzale meno recente (VI giornata di malattia).

Questi, per quanto noi sappiamo, i documenti sperimentali finora conosciuti sulla natura filtrabile del virus influenzale.

Poichè le ricerche di Keegan hanno sortito sempre esito negativo — e si tratta in realtà di ricerche che riproducono assai più da vicino delle altre le condizioni naturali del contagio influenzale — la dottrina in questione, sul terreno sperimentale, poggia adunque soltanto su alcuni risultati positivi di trasmissione, cui per altro, per quanto scarsi e non del tutto esenti da obbiezioni facilmente immaginabili, non si può non riconoscere un certo valore suggestivo e dimostrativo insieme, che è rafforzato, ci sembra, dalla seguente nostra esperienza:

Una piccola quantità di escreato mucoso e leggermente emorragico emesso in seconda giornata di malattia (temperatura 40,5°) da un ammalato di una classica forma influenzale viene addizionato con 8-10 volumi di soluzione fisiologica, sbattuto per qualche minuto con perline di vetro e quindi filtrato alla pompa attraverso candela Berkefeld Nordtmeyer. Il filtrato, perfettamente limpido e sterile, viene inoculato sottocute il giorno dopo alla dose di 2 cmc. in due giovani soggetti, volonterosamente prestatisi e ricoverati in ambiente immune da influenza. In uno di essi nessuna conseguenza. Nell'altro s'inizia in VI giornata una sindrome febbrile che si svolge e si esaurisce, come appare dalla grafica, nello spazio di 3 giorni, senz'altri disturbi all'infuori di un po' di cefalea e di qualche dolore reumatoide, senza tosse, senza manifestazioni catarrali di sorta, senza conseguenze. Obiettivamente: null'altro all'infuori di un'accenno alla maschera influenzale e una lieve iperemia della mucosa delle fauci e degli occhi; polso relativamente raro in confronto della temperatura e leggermente bradicardico nella convalescenza.

Il dubbio di un reperto accidentale ci pare escluso dalle seguenti considerazioni. Nello stesso periodo di tempo nessun altro caso di influenza fu segnalato nell'ambiente delle nostre ricerche. La sindrome morbosa si è iniziata dopo un periodo di incubazione, che per quanto assai più lungo del periodo d'incubazione dell'infezione naturale, si sovrappone esattamente a quello risultante dalle esperienze di Nicolle. La stessa sindrome morbosa si differenzia nettamente dalle forme spontanee d'influenza abituali nella nostra città alla stessa epoca (dicembre), mentre riproduce molto da vicino il quadro delle influenze sperimentali e quello della forma epidemica del maggio-giugno.

D'altra parte, il valore suggestivo e probativo di queste risultanze sperimentali — necessariamente limitate per ragioni facili a comprendersi e, a rigore, lo ripetiamo, non assolutamente ineccepibili — è senza dubbio accresciuto da una serie di argomenti indiretti di vario ordine e di non scarsa significazione. Abbiamo già accennato alla insufficienza delle ricerche batteriologiche. Ricordiamo ancora una volta le affinità epidemiologiche e cliniche che l'influenza presenta con altre affezioni sostenute da virus filtrabili o presunte tali e in primo luogo con il morbillo, con il quale ha in comune il carattere della estrema diffusibilità, alcuni sintomi clinici, il tipo delle complicazioni bronco-pneumoniche, lo stesso reperto del bacillo di Pfeiffer, il quadro ematologico, lo stesso stabilirsi di uno stato transitorio di anergia e infine il residuare di uno stato di immunità relativa, se non assoluta, quale è oggi, attraverso le recenti vicende epidemiologiche, pressochè concordemente riconosciuto anche all'influenza.

Molti altri criteri di analogia e molti altri rilievi assai interessanti potrebbero esser desunti dalla patologia comparata, ciò che ha fatto del resto in questi ultimi giorni e in maniera assai brillante e suggestiva A. Lanfranchi (1), illustrando in special modo la natura filtrabile del virus dell'influenza del cavallo, che ha tanti punti di contatto epidemiologici, clinici e batteriologici, se non una vera e propria identità eziologica, con l'influenza umana, e molte altre considerazioni potremmo svolgere, se i limiti concessi a questa nostra relazione lo consentissero, in favore del concetto su esposto.

Ci limitiamo ad una sola ed è la concorde constatazione in questa come in altre pandemie (Bozzolo) che le prime fasi del ciclo epidemico sono sempre ed in ogni luogo contrassegnate da una speciale benignità e sopratutto da una speciale semplicità e uniformità del quadro morboso, ciò che meglio che con ogni altra ipotesi si accorda con l'idea che in un primo tempo l'influenza — col suo quadro essenzialmente febbrile e monosintomatico così vicino a quello delle forme sperimentali — sia sostenuto in maniera quasi esclu-

(1) « Brit. med. Journ. », 14 Dec. 1918, p. 645.

(1) « Annali d'Igiene », n. 11, 1918.

siva dall'invisibile virus filtrante o per lo meno da un virus ignoto e che l'ulteriore polimorfismo e l'ulteriore molteplicità e gravità delle sue manifestazioni sieno in gran parte legate allo intervento di svariate infezioni secondarie. Alla stregua di questa concezione, il bacillo di Pfeiffer e gli altri germi tante volte rinvenuti nei prodotti morbosi dell'influenza verrebbero ad essere relegati nel ruolo di agenti secondari moventesi nell'orbita del virus primitivo, così come sono indubbiamente tali il bacillo suipestifer e il suisepticus, che intervengono quasi costantemente nella evoluzione della peste suina, oggi sicuramente accertata di origine afanozoica, lo streptococco nei rapporti della scarlattina e, per citare ancora un esempio, il proteux x 19 di Felix e Weil, che si accompagna indissolubilmente all'ignoto virus del tifo esantematico, siccome dimostra la costante presenza di agglutinine specifiche per questo germe nel sangue dei pazienti della grave affezione.

Queste le idee che si sono venute maturando nella coscienza dei medici e dei patologi attraverso le vicende e le ricerche di quest'ultima pandemia. E ad esse anche noi crediamo, concludendo, di potere aderire, pur colle riserve che si impongono in un argomento tuttora così oscuro e in cui l'attività sperimentale è naturalmente limitata dalle insidie dell'esperimento.

La messe d'osservazioni raccolta in oltre 25 anni di studi e di ricerche non è tuttavia perduta, perchè, anche sul terreno delle nuove concezioni, il bacillo di Pfeiffer, il pneumococco e lo streptococco, i germi cioè in cui pareva riassumersi tutta l'etiologia dell'influenza conservano, come abbiamo visto, tutta la loro triste importanza.

E verso i germi visibili della etiologia spesso complessa dell'influenza, oltre che al germe invisibile o sconosciuto, debbono mirare le nostre misure profilattiche e le nostre provvidenze terapeutiche.

Torino, 5 gennaio 1919.

RIVISTE SINTETICHE.

Ricerche sulla fisiopatologia dell'aviatore

per il prof. LUIGI MANGINELLI
degli Ospedali di Roma.

Sono oggi di attualità le questioni attinenti allo studio della fisiopatologia dell'aviatore, studio al quale anche l'Italia, e non fra le ultime, ha recato un ricco contributo col lavoro dei suoi Uffici Psicofisiologici di Aviazione Militare.

Nel *The Journal of the American Medical Association* vengono sinteticamente e ad opera di varî AA. (Henderson, Seibert, Schneider, Whitney, Dunlap, Lewis, Paton), riportate numerose ricerche eseguite sull'argomento nel *Medical Research Laboratory, air service, U. S. Army*. Questo Laboratorio si compone di varie sezioni: cardiologica, fisiologica, psicologica, oculistica, otologica, psichiatrica e neurologica. Furono studiate principalmente le varie influenze che si esercitano sull'uomo in volo e, tra esse, in modo particolare, le variazioni della pressione atmosferica.

Tra i vari problemi che gli AA. si sono proposti, su di uno sopratutto essi fermano la loro attenzione: sulle cause, dirette o indirette, che determinano una possibile defaillance dell'aviatore in volo.

Essi avvicinano i disturbi del volo al male di montagna, almeno per la causa generica che li provoca entrambi, causa non di natura meccanica, sibbene di natura chimica; e ricordano le classiche ricerche di Paul Bert che fa dipendere i disturbi del mal di montagna da deficenza di ossigeno: anossiemia. Naturalmente non sono nemmeno ricordati gli studi altrettanto classici, fondati su esperienze rigorosamente condotte tanto in alta montagna quanto sotto la campana pneumatica, del nostro Mosso e dei suoi allievi, i quali tendono a dare un'importanza, se non superiore, almeno uguale, alla contemporanea deficenza dell'acido carbonico: acapnia. Se però la causa generica è uguale (anossiemia, alla quale noi aggiungiamo l'acapnia), differente ne è il modo di agire: nell'aviatore maggiori sono le altitudini raggiungibili, immensamente maggiore è la rapidità di ascesa e di discesa, minore è il tempo complessivo durante il quale egli è sottoposto a tali variazioni, e mentre nell'alpinista si può parlare di una vera acclimatizzazione, nell'aviatore è discutibile se queste brevi ma ripetute permanenze in ambiente povero di ossigeno e di acido carbonico provochino una specie di effetto patologico cumulativo, come vogliono gli AA., o non piuttosto una specie di allenamento dei vari adattamenti o meccanismi di compenso, come io sarei portato ad ammettere sulla scorta di numerosi esami praticati su piloti.

Gli AA. parlano anche di improvvise perdite di coscienza che si avrebbero al contrario, verso terra, dopo rapide discese e che ritengono provocate dalla brusca ed eccessiva somministrazione di ossigeno, analogamente a quanto avviene nella malattia dei cassoni, nei pompieri, nei sottomarini di vecchio modello, e, come noi ricordiamo di avere personalmente notato più di una

volta in occasione del terremoto calabro-siculo, in individui i quali, rimasti più giorni sepolti sotto le macerie, vennero bruscamente portati all'aria libera.

Le esperienze furono condotte studiando il comportamento di varie funzioni quando venga più o meno rapidamente e più o meno intensamente ridotta la tensione parziale dell'ossigeno, e ciò tanto sotto la campana pneumatica, quanto più particolarmente coll'apparecchio di Henderson. In questo apparecchio l'individuo respira con un doppio tubo, uno dei quali, munito di una valvola inspiratoria, proviene da un serbatoio della capacità di 120 litri, ripieno di aria normale ed in comunicazione a sua volta con uno spirometro connesso ad una leva scrivente su un cilindro affumicato. L'altro tubo, munito di una valvola espiratoria, dopo avere attraversato un cilindro riipeno di soda o di potassa, destinata a trattenere l'acido carbonico dell'aria espirata, ritorna al recipiente principale. L'individuo, respirando, assume l'aria dal serbatoio, ne assorbe l'ossigeno e per mezzo del tubo espiratorio rimanda al serbatoio l'aria espirata, rimasta priva dell'ossigeno consumato e dell'acido carbonico trattenuto dall'alcali. In tal modo gradualmente e progressivamente viene a diminuire la tensione parziale dell'ossigeno nel serbatoio principale e quindi l'individuo viene a respirare un'aria nella quale l'ossigeno viene ad essere contenuto in una quantità proporzionale sempre più scarsa. Esaminando in qualunque momento l'aria del serbatoio si può, partendo dal grado di tensione parziale dell'ossigeno, calcolare il grado equivalente di depressione atmosferica e quindi la corrispondente altitudine.

Si è visto così come esistano resistenze individuali variabilissime, legate alla lor volta ad una potenza maggiore o minore delle varie azioni automatiche di adattamento (respiro, cuore, variazioni psicologiche, ecc.), chè così debbono venire interpretate le diverse variazioni funzionali che si riscontrano a carico dei vari apparati.

Si è notato inoltre come mentre per alcuni il limite massimo di tolleranza si poteva portare fino ad una tensione parziale di O del 6 %, corrispondente ad una altitudine di circa 10,000 m., in altri questo limite era considerevolmente più basso; e si potè determinare il limite medio di altitudine al quale è possibile alla maggior parte di salire senza pericolo. Questi limiti sono considerevolmente abbassati da condizioni temporanee del soggetto: stanchezza fisica, raffreddori, l'aver mangiato eccessivamente o dormito poco, ecc.

***

Pur non essendo le prime a manifestarsi, al contrario di ciò che avviene negli alpinisti, le *modificazioni respiratorie* sono della massima importanza. Per sopperire alla rarefazione dell'aria, l'organismo reagisce aumentando il numero e la profondità degli atti respiratori. Tali reazioni, lievi all'inizio, aumentano gradualmente ad una rarefazione corrispondente ad una altitudine di 2000-3000 m., per poi crescere più bruscamente quando ci si porti ai 4500-5000 m. Una reazione respiratoria che abbia i caratteri detti e per la quale gli atti respiratori si accrescano di numero non più di 2-5 al minuto con un aumento massimo di 5-6 litri è considerata da Schneider come una buona reazione respiratoria.

***

Ben più importanti che non i fenomeni respiratori sono le *variazioni circolatorie*, che si manifestano principalmente come *variazioni di frequenza del polso* (tachicardia), e come *variazioni della pressione sanguigna*. Quanto più grande è il dislivello tra la tensione dell'ossigeno del sangue e quella dell'ossigeno dei tessuti, tanto più rapida sarà la dissociazione dell'O dell'ossiemoglobina. Se la tensione dell'O del sangue tende ad abbassarsi, come avviene appunto durante la respirazione in aria rarefatta, l'organismo ripara aumentando il numero delle sue pulsazioni, in modo che venga inviata ai tessuti una maggiore quantità di sangue nell'unità di tempo. *La tachicardia va dunque considerata come un vero fatto di compenso.* La frequenza del polso comincia ad aumentare tra i 2 e i 3000 m.; aumenta dapprima lentamente poi più rapidamente, finchè, continuando a rarefarsi l'ossigeno, giunge un momento in cui il polso comincia a rallentarsi: è questo il limite di tolleranza massima. Un accrescimento totale da 15 a 40 battute al minuto con un rallentamento verso i 7-6,50 % di O. (pari ad un'altitudine di circa 9000 m.) è considerata come una buona reazione. Un aumento di battiti superiore a 50 al minuto deve considerarsi come una reazione eccessiva. Tanto nel caso di reazioni povere come nel caso di reazioni eccessive i voli ad altitudini elevate debbono essere sconsigliati.

Come già la tachicardia, così pure le variazioni della pressione sanguigna stanno ad indicare come il cuore debba lavorare contro aumentate resistenze.

Da numerose ricerche, sempre eseguite coll'apparecchio di Henderson, lo Schneider sarebbe

giunto a distinguere tre tipi, a seconda delle differenti variazioni della pressione sanguigna.

Nel primo tipo, che egli definisce come ottimo, la frequenza del polso è moderatamente accelerata; la pressione sistolica rimane invariata fino ad una tensione dell'ossigeno del 14-9 % (corrispondente ad un'altitudine di circa 2000-7000 m.) dopo di che la pressione sistolica gradualmente si eleva; tale innalzamento non supera in genere i 20 mm. di Hg. Occasionalmente può avvenire un aumento della pressione sistolica al principio dell'esperienza. In alcuni individui si è osservato anche una lieve diminuzione della pressione sistolica che si è mantenuta per tutta l'esperienza. La pressione diastolica è invariata o di poco aumentata; giunti a forti riduzioni essa tende a diminuire, ma di poco.

Un secondo tipo, molto frequente e che è anche considerato come buono, è quello nel quale la frequenza del polso è moderatamente accelerata. La pressione sistolica aumenta gradualmente e lentamente, mentre la pressione diastolica tende a diminuire, anch'essa gradualmente e lentamente; con ciò viene ad essere aumentata la pressione del polso. Di questo tipo sono appunto le variazioni che io ho riscontrato su me stesso nelle numerose esperienze praticate in aeroplano durante il volo. Lo Schneider ammette che si tratti di fenomeni di vasodilatazione prodottasi allo scopo di diminuire il lavoro del cuore aumentato in seguito al'innalzamento della pressione sistolica; io ammetto al contrario che si tratti di una vasodilatazione primaria, il cui esponente è la diminuzione della pressione diastolica, ma il cui effetto è l'aumento della pressione sistolica: non dunque, secondo me, diminuzione della pressione minima in conseguenza dell'aumento della pressione massima, sibbene aumento della massima in conseguenza della diminuzione della minima.

Il terzo tipo, reazione cattiva, è caratterizzato da una rapida e brusca caduta della pressione diastolica cui segue, subito dopo, caduta altrettanto brusca della pressione sistolica e bradicardia. Queste variazioni precedono di poco dei fatti di lipotimia: è prudente quando si verificano queste brusche diminuzioni di pressione interrompere subito l'esperienza e somministrare aria pura all'individuo. Mentre in questi soggetti che male sopportano altezze elevate, i disturbi della coscienza seguono immediatamente alla deficenza circolatoria, in quelli del primo e secondo tipo essi non sono secondari a fatti di insufficenza circolatoria, ma dipendono direttamente dalla eccessiva diminuzione della tensione di ossigeno del sangue che irrora la corticalità; nei primi il ritorno allo stato quo è lento a stabilirsi, nei secondi, appena tornano a respirare aria sufficientemente ossigenata, la coscienza e le condizioni generali tornano normali; i primi infine tollerano male le altitudini elevate, mentre tra i secondi ve ne ha di quelli che possono raggiungere rarefazioni massime pari ad altitudini che si aggirano intorno ai 10,000 m.

Vennero praticate anche esperienze nella camera pneumatica o coll'apparecchio di Henderson allo scopo di studiare le eventuali *variazioni dell'emoglobina;* fu usato l'emoglobinometro di Gower-Haldane e venne prelevato il sangue dal dito, dal lobulo dell'orecchio e dalle vene del braccio. Nel 25 % degli individui fu trovato un aumento della Hb. verso i 6-7000 m.; era necessaria una permanenza di 20′ e più perchè il fenomeno si rendesse evidente. Anche questa si deve considerare come un'azione di compenso analoga a quella che si ha nelle persone che soggiornano a lungo in alta montagna.

Interessanti sono le prove fatte in cardiopazienti. In questi, coll'apparecchio di Henderson, nell'evenienza di vizi valvolari, i rumori si fanno più intensi tanto da rendere talora evidente un vizio che sarebbe passato inosservato; inoltre anche in casi di individui in perfetto stato di compenso intervengono non raramente fatti di scompenso. In casi di lesioni delle arterie si ha forte ipertensione periferica. Anche la tendenza alle aritmie si fa maggiormente manifesta; anzi negli individui con deficiente conduzione si può addirittura determinare l'insorgere di uno stato di fibrillazione. Con tale metodo in America fu eliminato ancora il 5 % degli individui già scelti; simili risultati concordano con quelli ottenuti con uguale metodo in Inghilterra.

Queste esperienze dimostrano *di quale importanza sia per l'aviatore il possedere un miocardio perfettamente sano con una ottima circolazione del sistema coronario e la possibilità di un'azione vasomotoria periferica pronta ed efficace.* Afferma Whitney che l'età *optimum* per il servizio in aviazione sia dei 20 anni, dopo dei quali ogni anno che passa determina condizioni meno favorevoli: questa affermazione è forse alquanto eccessiva, ma parte da una visione, secondo me, molto giusta della questione.

***

Riguardo alle *indagini psicologiche* Knight Dunlap fa notare come le esperienze compiute rappresentano solo le condizioni di un volo breve, ma non si riferiscono a lunghe permanenze ad altitudini elevate. Naturalmente coll'apparecchio in parola possono solo essere studiate le varia-

zioni apportate sulle varie attività psichiche dalla rarefazione dell'aria. Mentre la memoria rimarrebbe integra, i disturbi maggiori si avrebbero nella coordinazione sensomotoria e nell'attenzione. Furono usati i comuni metodi di indagini, in parte simili a quelli da noi usati nei nostri Uffici Psicofisiologici di Aviazione Militare: metodo di Bourdon-Kraepelin, tempi di reazione semplice, tempi di scelta ecc. L.A. fa notare come il quadro dell'asfissia, per ciò che riguarda il punto di vista psicologico, sia simile a quello che si ha nell'intossicazione alcoolica acuta, e che, come in questa, si notino dei periodi di lucidità mentale assoluta, talora anzi superiore a quella dello stesso individuo in stato normale. Le determinazioni fatte non sono complete data la difficoltà anzi l'impossibilità di poter saggiare esattamente e replicatamente le varie attività psichiche nel breve tempo concesso dal metodo della esperienza. È interessante l'osservazione fatta dall'Autore della coincidenza della preoccupazione con un innalzamento della pressione sistolica, innalzamento che diviene notevolmente persistente quando l'apprensione si tramuti in vera paura. Come fa notare l'A. questi esperimenti oltrechè un'importanza pratica per la scelta degli aviatori, hanno forse una maggiore importanza per gli studi generali di psicologia sperimentale.

Le ricerche di psicologia sperimentale sono oggi un po' di moda nel campo aviatorio ed esse, forse per la novità che presentavano per la maggior parte dei medici e per il reale profondo interesse che suscitano sempre dei metodi i quali tentano di rendere percepibili e materialmente misurabili tutte le più svariate attività della psiche umana, hanno forse un po' preso la mano, mi si passi la frase, nella ricerca di quel complesso di condizioni anatomiche, fisiologiche e psichiche cui deve corrispondere l'aviatore-tipo. La questione a me pare che vada rimessa nei suoi veri termini. Il profilo psichico dell'aviatore-tipo non si discosta che di poco da quello di altre numerose classi che io considero del tutto affini: chauffeurs, macchinisti ferroviari, conducenti di tramway elettrici ecc., ed esso pertanto non offre alcunchè di specifico. Le emozioni, le difficoltà di manovra, la prontezza ed esattezza delle decisioni sono quasi ugualmente necessarie nei casi enumerati, forse anzi minori nell'aviatore in confronto degli altri. Basta pensare per un momento alla tensione nervosa di un macchinista che conduca la macchina di un direttissimo in una notte nebbiosa, coll'occhio sempre vigile ai segnali che si intravedono appena, mentre il treno corre a cento chilometri di velocità, od allo chauffeur che piloti una rapida automobile nel trambusto vorticoso di una grande metropoli: in questi l'attenzione deve essere continuamente vigile, la manovra continuamente e scrupolosamente esatta, mentre l'incognita di un pericolo è sempre continuamente in agguato. Nell'aviatore invece che piloti una macchina sicura e non si abbandoni a giuochi di acrobazia, i momenti veramente gravi sono rappresentati dal decollaggio e dall'atterraggio, momenti certamente ricchi di pericoli e che richiedono al suo sistema nervoso la massima concentrazione di tutte le qualità psichiche; ma durante il volo la manovra appare facile e sicura ed errori lievi di essa raramente apportano gravi conseguenze, l'attenzione non è continuamente incatenata all'apparecchio, l'eventualità dell'incidente è minima. Io per mio conto, confrontando le prime lezioni di pilotaggio dell'automobile con quelle dell'areoplano, confesso di avere provato emozioni e preoccupazioni ben maggiori nelle prime che non nelle seconde. Naturalmente ciò si riferisce a voli pacifici come quelli che, per fortuna, vanno ora ad intraprendere gli uomini per il loro piacere e per il loro interesse, e non ai voli di guerra pieni delle più svariate e frequenti emozioni, e che necessitavano pertanto sistemi nervosi che avessero le più svariate attitudini. E perchè io non venga frainteso in un argomento che giustamente appassiona tutti coloro che si sono occupati di aviazione, mi preme di ribadire il mio concetto: eseguire pure le ricerche psicologiche, ma dando ad esse il loro giusto posto in rapporto alle altre ricerche, ed estendendole anche ai candidati affini: macchinisti, chauffeurs, ecc., in modo che non rimanga un ingiusto privilegio che possa far sorgere od accreditare la leggenda che *solo* per fare l'aviatore necessiti possedere una psiche normale o peggio una psiche *ad hoc*. .

***

Per ciò che riguarda le ricerche sulla *funzione acustica* e *visiva* poco di particolare ci offrono le conclusioni di Wilmer Berens e di Lewis.

Quanto alla vista, mentre l'acutezza visiva, la visione dei colori, il potere d'accomodazione, la tensione intraoculare, la funzione muscolare non subiscono variazioni degne di nota, al contrario in molti casi diminuisce il campo di sguardo e si restringe il campo visivo, il che è considerato dagli AA. come un segno cattivo. Che tali disturbi derivino da deficenza di ossigeno sarebbe dimostrato dal fatto che essi scompaiono con somministrazione di aria normale o di ossigeno.

Per ciò che concerne l'apparecchio uditivo non si ebbe a notare alcuna modificazione attribuibile

a guasto degli elementi percettivi; modificazioni si hanno solo in rapporto alle alterazioni generali dell'organismo altrove notate. Naturalmente ciò non ha nulla a vedere colle alterazioni anatomiche (perforazione della membrana, emorragie ecc.), che sono dipendenti dal semplice fatto meccanico della decompressione e ricompressione atmosferica.

***

Quale valore dobbiamo dare alle ricerche riferite? Certamente molte condizioni alle quali è sottoposto l'organismo dell'uomo in volo non vengono affatto realizzate coll'apparecchio di Henderson: così l'azione puramente meccanica della depressione atmosferica che ha ad es. indiscutibili effetti sull'organo dell'udito, l'azione del vento, l'azione dei cambiamenti di temperatura, quella del rumore talvolta assordante, l'azione infine degli elementi di indole psichica, quali le preoccupazioni di manovra e le possibili emozioni. Ma l'apparecchio di Henderson realizza le condizioni che a noi appaiono della massima importanza, quali quelle della riduzione dell'ossigeno e dell'acido carbonico; pertanto, pur colle dovute riserve, le ricerche in parola vanno tenute in giusto conto.

Basandoci su di esse e sopratutto sull'esperienza da noi acquistata nel nostro servizio presso l'Ufficio Psicofisiologico di Aviazione Militare di Roma, noi ci schieriamo risolutamente con coloro i quali attribuiscono la *massima importanza, per la scelta dei candidati all'aviazione, alle ottime condizioni anatomiche e funzionali dei vari apparati, e primo tra essi, dell'apparato cardiovascolare*; è il cuore infatti che deve compiere un superlavoro per sopperire durante le brusche variazioni di tensione dell'ossigeno e dell'acido carbonico (dovute alle ugualmente brusche variazioni di pressione atmosferica) alle deficienti condizioni di nutrizione dei tessuti, è ai vasi infine che spetta, secondo noi, il compito di determinare i meno solleciti ma più duraturi fenomeni di adattamento e di compenso, che tendono ad alleggerire il cuore del suo lavoro eccessivo. Quando tale funzione cardiovascolare si mantenga buona, e gli scambi nutritivi vengano ad essere normalmente assicurati, non vi è alcuna ragione perchè i vari centri nervosi e gli altri organi non funzionino anch'essi con ogni regolarità.

I metodi da noi adoperati, nei nostri Uffici, per lo studio della funzionalità cardiovascolare sono quelli di uso corrente: un accurato esame obbiettivo integrato se del caso da un esame radiologico, la ricerca della pressione sia sistolica che diastolica, lo studio delle variazioni di essa e del numero delle pulsazioni in varie condizioni, di riposo, di lavoro, in posizione eretta od orizzontale è quanto noi sistematicamente pratichiamo: con tali metodi io ed il collega Silvestri abbiamo potuto eliminare su 3204 candidati il 21,05 per cento per deficenza cardiovascolare e l'11,40 % per altre malattie o deficenze, contro uno scarto del 14,44 % per deficenza visiva e cecità dei colori, dell'1,50 % per labilità vestibolare, dell'1,74 per cento per lesioni dell'orecchio, naso e gola, dell'1,07 % per tempi di reazione troppo lunghi, del 0,15 % per emozionabilità eccessiva (complessivamente il 46,10 % di scarto), e su 346 individui esaminati per visite di controllo, con uno scarto complessivo del 51,27 %, abbiamo eliminato temporaneamente o definitivamente il 15,12 % per deficenza cardiovascolare ed il 16,60 % per altre malattie o deficenze, contro uno scarto del 3,86 % per deficenza visiva e cecità dei colori, del 2,8 % per labilità vestibolare, dell'1,87 % per lesioni dell'orecchio naso e gola, dell'1 % per tempi di reazione troppo lunghi, del 0 % per emozionabilità eccessiva.

Ma per essere in grado di poter meglio giudicare sopratutto degli speciali adattamenti di compenso è indispensabile insistere sulla proposta già fatta dai nostri uffici di *eseguire ricerche sui candidati sotto la campagna pneumatica e, cosa ancora più importante, durante il volo*: dopo uno o due voli di allenamento, allo scopo di eliminare il fattore emotivo delle prime impressioni il cui apprezzamento non può avere alcun peso sulla determinazione delle attitudini future del candidato, si procederà ad un volo fin verso i 5000 m., esaminando il contegno generale dell'individuo e le variazioni del polso e delle pressione sia sistolica che diastolica, così prima, come durante e dopo il volo; la salita dovrebbe essere rapida, poi andrebbe mantenuta la linea di volo per un po' di tempo, per eseguire infine una discesa anch'essa rapida e possibilmente a spirali strette, col che si avrebbe anche il vantaggio di poter saggiare praticamente la funzione vestibolare. Naturalmente tali indagini verrebbero migliorate quando fossero trovati altri metodi di ricerca che offrissero garanzie di esattezza e di praticità in volo.

L'aver noi tanto insistito sull'importanza dell'esame generale, compreso naturalmente il sistema nervoso, e degli organi interni, *non esclude l'importanza degli altri esami, specie della funzione vestibolare, della funzione visiva, della funzione uditiva e nasale, e dell'esame psichico.*

Quanto a quest'ultima ci riportiamo a quanto si è detto più sopra: che non si perda cioè il

punto di vista dello speciale problema che ci occupa, dell'idoneità al pilotaggio, evitando la ingiustificata tendenza di imporre tale predominio alla parte psicologica da trasformare quasi gli Istituti deputati all'accertamento dell'idoneità all'aviazione in centri di studi di psicologia sperimentale.

Due ultime parole su una importante questione attinente all'aviazione, sulla cosidetta malattia degli aviatori. Per mio conto ritengo *non esista affatto alcuna malattia o sindrome propria degli aviatori*: ciò che io ho potuto osservare in essi sono state solo sindromi banali di deperimento generale o di esaurimento nervoso. L'aviazione, arma nuova nella guerra attuale, seguendo le liete sorti di ultima nata è stata forse alquanto « enfante gatée » tra le armi sorelle; ciò è stato un bene per la nostra guerra, nè dobbiamo lagnarcene; ma oggi che la guerra è finita possiamo dire con tutta coscienza che se si fossero esaminati con uguale ricchezza di mezzi e molteplicità di indagini tutte le infinite categorie dei combattenti, avremmo forse trovato con maggior facilità una malattia od una sindrome propria del mitragliere, del fantaccino, dell'ardito, del medico di battaglione, magari anche dell'ufficiale addetto alle carte dei Comandi, che non dell'aviatore.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

La diagnosi dell'appendicite cronica.

(W. FICH CHENEY. *Amer. Journ. Med. Sciences.* Ottobre 1918).

La diagnosi dell'appendicite cronica presenta molte difficoltà perchè mentre da una parte le sue manifestazioni sono molto varie, dall'altra essa ha una sintomatologia analoga ad altre affezioni. Semplici sofferenze riferite come disturbi gastrici, indigestione o dolori addominali possono essere l'esponente di un'appendicite cronica, che d'altra parte può manifestarsi anche ed esclusivamente con cefalee ricorrenti, con deperimento generale, con sintomi persistenti molto vaghi, come difetto di energia, incapacità al lavoro, fatti che scompaiono con l'appendicectomia. Oltre a ciò è bene ricordare che sintomi analoghi a quelli dell'appendicite cronica possano esser dati da affezioni della cistefellea, delle ovaie, delle trombe e dei reni. Le difficoltà diagnostiche adunque sono molte e notevoli: tuttavia un accertamento esatto è sempre necessario da una parte per non ricorrere ad inutili interventi curativi, dall'altra per non trascurare una terapia chirurgica i cui benefici effetti in caso di appendicite non possono essere dubbî.

1° *L'anamnesi individuale* ha un certo valore per la diagnosi dell'appendicite cronica. Per quel che riguarda i *disturbi gastrici* accusati dai pazienti bisogna osservare che sfortunatamente essi non sono sempre i medesimi. L'A. li constatò nel 43 % dei casi. Molte volte per la loro cronicità e periodicità rassomigliano a quelli dell'ulcera gastrica: le coliche gastriche durano per settimane e mesi seguite da giorni, settimane e mesi di remissione o anche da scomparsa di ogni sintomo. Si tratta di un dolore bruciante all'epigastrio o all'ipocondrio destro o sinistro, il quale si manifesta da una a quattro ore dopo i pasti ed è accompagnato da eruttazioni, rigurgiti e nausea. Questi fatti sono dovuti ad una ipercloridria riflessa. In un gruppo più piccolo di casi si ha una sintomatologia analoga a quella della gastrite con un senso di pena subito dopo i pasti, un senso di pienezza e di distensione ma non un dolore, eruttazioni, rigurgiti di alimenti. In questi casi si ha ipoacidità, ma molte volte deve esser presente un pilorospasmo riflesso. Quando i detti disturbi gastrici sono accusati il sospetto di appendicite cronica è già giustificato, ma una diagnosi esatta non può essere formulata prima di avere ricercato altri sintomi. E la maggiore difficoltà diagnostica sta in ciò che le lamentele dei pazienti circa i disturbi gastrici sono tanto insistenti che l'attenzione del medico è tutta rivolta sullo stomaco.

Su 71 casi esaminati l'A. trovò presenti i dolori addominali in 25 casi. Talvolta il dolore era nettamente localizzato al quadrante inferiore destro, costante o ad accessi; talvolta era diffuso a tutto l'addome. Può essere un senso di peso, di distensione, di vaga dolenzia aumentata dai sobbalzi o dagli scuotimenti come nel cavalcare o nell'andare in automobile. Può dar molestia per molti giorni, può anche scomparire per molto tempo.

Talvolta i sintomi dell'appendicite cronica si manifestano in parti del corpo lontane dall'appendice. Così in sette casi l'A. trovò come unico sintomo soggettivo la *cefalea* ed in altri tre una notevole *astenia*. Molto probabilmente questi fenomeni sono in rapporto ad auto-intossicazione determinata da stipsi a sua volta provocata da aderenze. Comunque è certo che i fatti erano in relazione col processo appendicolare perchè scomparvero in seguito all'appendicectomia.

La *stipsi* è un disturbo troppo comune perchè possa avere un significato diagnostico per l'appendicite cronica. Le due condizioni sono spesso associate ed è difficile stabilire il loro rapporto

di causa ed effetto, per quanto non è escluso che possano ambedue essere secondarie ad un prolasso del cieco e del colon con ristagno del loro contenuto. La stipsi cronica può essere dovuta a difficoltà meccaniche opposte da aderenze prodotte dal processo infiammatorio appendicolare, ma può anche essere dovuta, e ciò accade più spesso, agli stessi fattori che hanno alterata l'appendice.

In ogni storia di affezioni dell'apparato digerente ha una importanza notevole conoscere se precedentemente vi sono stati *accessi dolorosi* nell'addome, che possono essere dovuti ad una infiammazione acuta dell'appendice. Questi accessi possono essere unici e molto lontani, tanto che sono anche dimenticati dagli infermi, o possono essersi ripetuti in forma leggera di tanto in tanto in rapporto ad esacerbazioni sub acute del processo appendicolare. Generalmente tali fatti sono interpretati come dovuti ad avvelenamenti alimentari, ad infiammazione degli intestini, a coliche intestinali banali e non sono messi in rapporto con i conseguenti o concomitanti disturbi cronici della digestione. Nella storia dei pazienti esaminati dall'autore precedenti attacchi appendicolari acuti o subacuti furono registrati in 37 casi; mentre gli altri 34 infermi non avevano avute manifestazioni acute. Il significato di questo fatto sta in ciò che l'appendicite cronica può essere cronica fin dal principio e che una manifestazione acuta non è sufficiente a stabilire la diagnosi, nel senso che essa può costituire la riacutizzazione di un processo cronico.

In generale i dati anamnestici ed i disturbi soggettivi non hanno mai un significato decisivo, perchè non sono caratteristici ed hanno grande variabilità.

2° I *segni fisici* neppure possono da soli condurre a conclusioni decisive. L'esame fisico mette in evidenza fatti importanti per la diagnosi più frequentemente di quel che non faccia l'anamnesi, ma spesso i fatti obbiettivi e quelli soggettivi non concordano o non sono sufficienti per una diagnosi certa.

Il reperto della palpazione addominale può essere più o meno definito. Si può trovare nell'area appendicolare una massa palpabile varia per volume e per consistenza, simile ad un pugno, ad un uovo di pollo o ad una salsiccia, più o meno sensibile alla pressione. Ma l'esperienza insegna che questi sintomi sono molto variabili. Così può accadere che alla palpazione non si trova nessuna massa ed intanto il paziente accusa dolori intensi quando si esercita una pressione sull'area dove trovasi abitualmente l'appendice; la rigidità e lo spasmo dei muscoli addominali sul quadrante inferiore destro può essere in grado tale da impedire la palpazione di qualsiasi massa sottostante; può darsi anche il caso che al momento dell'esame non ci sia nè massa nè dolore, che possono invece essere presenti in altri momenti. È anche ben noto che il dolore può essere localizzato sul colon ascendente in alto in modo da far sospettare un'affezione della cistifellea, o in basso nella regione inguinale in modo da far concludere, qualora si tratti di donna, per un'affezione pelvica. Su 71 pazienti 62 presentarono segni fisici definiti nell'area appendicolare, ma in 9 non c'era alcun fatto che facesse pensare ad un processo infiammatorio cronico. Su 6 di questi pazienti all'intervento chirurgico ed in uno all'autopsia si potette dimostrare la esistenza di un'appendicite cronica; gli altri due non si fecero operare e sono ancora in vita.

Per spiegare questi reperti semeiologici negativi bisogna considerare quanto appresso:

1° quando l'appendice è situata dietro il cieco stabilmente legato ad essa per aderenze, si dovrebbe palparla attraverso la parete addominale ed il cieco, e ciò di regola è impossibile;

2° una delle forme di appendicite cronica che dia più disturbi riflessi è il tipo atrofico ed obliterante, ed in essa l'appendice è raggrinzata e nascosta fra le aderenze, per modo che non esiste nessuna massa palpabile;

3° la infiammazione appendicolare al momento dell'esame può essere quiescente e quindi non può dare alcun segno fisico, mentre i sintomi riflessi localizzati allo stomaco ed altrove persistono e sono molto molesti; ma più o meno presto può verificarsi una esacerbazione ed allora i segni locali diventano perfettamente definiti;

4° nei casi nei quali si hanno sintomi a carico dello stomaco un sussidio diagnostico di un certo valore è dato dall'*esame del succo gastrico*. Non c'è un reperto caratteristico dell'appendicite cronica, ma in questa malattia è molto comune la ipercloridria. Per modo che questa può avere valore per la diagnosi di appendicite, solo quando coesistano altri segni di questa affezione;

5° il valore dell'*esame radiologico* per l'accertamento clinico dell'appendicite cronica non è generalmente riconosciuto. Tuttavia sembra certo che esso è un buon sussidio diagnostico che in molti casi non può essere trascurato. A parte il fatto che l'esame radiologico può escludere la esistenza di altre affezioni simulanti la appendicite (ulcera gastrica e duodenale, ecc.), da esso si possono avere anche reperti positivi, ossia

mettere in evidenza aderenze, irregolarità del lume del cieco, allungamento o inspessimento dell'appendicite, ecc.

Lo scopo di ogni diagnosi è un trrattamento razionale e questo, quando la diagnosi di appendicite cronica è sicura non può essere che l'intervento chirurgico. Ma oltre la sicurezza della diagnosi occorre avere la certezza che i disturbi accusati siano tutti o in parte in rapporto con l'affezione dell'appendicite, e che la rimozione di questa dia la salute al paziente.

DR.

CHIRURGIA.

I diverticoli esofagei.

(S. IUDD. *Surgery, Ginecology and Obstetrics.* agosto 1918).

L'A. fa anzitutto una distinzione fra dilatazioni e diverticoli dell'esofago. Nelle prime sono interessate tutte le tonache dell'esofago, nei diverticoli invece sono la mucosa e la sottomucosa che fanno ernia attraverso la muscolare. I diverticoli si possono dividere etiologicamente in diverticoli: da trazione e da pressione. Le cause più comuni dei diverticoli da trazione sono: le linfoadeniti peribronchiali (specialmente a sinistra) e le affezioni della pleura, del polmone, della tiroide, del mediastino e delle vertebre. In tutti questi casi si possono formare delle aderenze, che esercitando una trazione su uno o parecchi punti della parete esofagea, danno luogo a uno o parecchi diverticoli. Brosch osservò che l'esofago è circondato da ogni parte da formazioni resistenti, eccetto che in corrispondenza di un piccolo spazio situato fra l'aorta e il bronco sinistro (cavo bronco aortico), e pensò che si potesse formare, in quel punto, una estraflessione della parete dell'esofago, a causa della minore resistenza che la sostiene. Le Count ha osservato tre casi che si potrebbero includere in questa categoria. Il diverticolo da trazione in generale non dà alcuna sintomatologia, perchè trovandosi per lo più il fondo più in alto dell'orificio di ingresso, viene impedito qualsiasi accumulo di cibo e di muco.

Raramente accade che per l'ubicazione del sacco questo accumulo possa avvenire. In questi casi, al fattore trazione, si aggiunge anche un certo grado di pressione dall'interno dell'esofago.

I diverticoli da pressione sono molto più frequenti e la loro patogenesi è ancora oscura. Ritrovandosi tutti nella regione cervicale al lato opposto della cartilagine cricoide, è probabile che un aumento della pressione endo esofagea — come si ha nella deglutizione — si faccia risentire sú questo punto che è una zona di minore resistenza. Infatti, quivi, all'unione del faringe coll'esofago, esiste una fossetta detta appunto « fossetta esofagea ». I primi sintomi che si avvertono sono una sensazione come di corpo estraneo e di costrizione, nausea e difficoltà a deglutire. A questi sintomi segue più tardi il rigurgito di muco e di cibi indigeriti. Tutti questi disturbi conducono in generale i malati progressivamente a uno stato di denutrizione, che nei 35 casi del Iudd raggiunse una perdita di peso media di 9 kg. L'età media alla quale cominciano questi disturbi è di 35 anni. La diagnosi si fa in base all'esame coi raggi X e coll'esofagoscopio. Talvolta, in caso di grossi diverticoli, si può nettamente palpare sul collo la tumefazione. L'A. insiste sulla necessità di rimettere i malati in condizioni generali buone prima di intervenire. Non crede necessaria la gastrostomia. Basta in generale alimentarli con una sonda gastrica o rettale e con ipodermoclisi. Se la sacca del diverticolo è piccola, e comunica coll'esofago per mezzo di una ampia apertura, delle dilatazioni con grosse sonde saranno per lo più sufficienti ad alleviare le sofferenze dei pazienti. In caso di diverticoli più grossi, il trattamento salvo speciali controindicazioni è chirurgico.

Bevan ha descritto recentemente un suo metodo che consiste nel chiudere il sacco per mezzo di una serie di suture a borsa, e di spingerlo nel lume dell'esofago dove si atrofizza e cade. Questa operazione ha il vantaggio di eliminare qualsiasi pericolo di infezione, non aprendo la mucosa esofagea. Escidendo il sacco anche se non si riesce a non inquinare il campo operatorio, con gran facilità, nei movimenti di deglutizione, si producono delle soluzioni di continuo fra un punto di sutura e l'altro; specialmente a causa della lacerabilità dei tessuti che formano la parete dell'esofago.

L'infezione propagandosi naturamente al mediastino è una eventualità molto grave. In casi quindi di sacche non eccessivamente grandi, il Iudd ritiene l'operazione alla Bevan l'intervento di elezione. Ma qualora si abbia a che fare con diverticoli che discendono fino nella cavità toracica, l'A. consiglia l'operazione in due tempi secondo il metodo di Murphy o quello di C. H. Mayo.

Quest'ultimo consiste nel disseccare il sacco e nel portarlo fuori dalla cavità toracica senza esciderlo, e quindi nel suturare i bordi dell'incisione cutanea al collo del diverticolo, lasciando questo fuori. Dopo dieci o dodici giorni si può

asportare il sacco e ripiegare i margini nell'esofago.

Per compiere questo secondo tempo non vi è bisogno di anestesia.

Il Iudd nei suoi 35 pazienti ebbe due morti. Si trattava in ambedue i casi di individui vecchi e in condizioni generali molto scadute. In due altri ebbe una recidiva. Egli ritiene che praticamente coll'operazione alla Bevan o alla Mayo la mortalità sia nulla.

M. A.

PEDIATRIA.

Sulla tubercolosi latente nel poppante.

La tubercolosi nel poppante nei tempi passati era ritenuta assai rara e sempre di difficilissima diagnosi data la deficienza dei sintomi fisici rilevabili che abitualmente l'accompagnano: comunque pressochè impossibile a diagnosticarsi la forma detta *latente*. I recenti progressi della radiologia e più ancora della biologia hanno fornito nuovi e sicuri elementi per allargare considerevolmente il campo delle constatazioni cliniche, permettendoci così lo studio non solo delle lesioni iniziali e delle lesioni leggere ma anche delle forme latenti, prima appena sospettabili ed invece tanto importanti.

Le recenti e numerose ricerche eseguite nel primo triennio di vita dai varî autori con i mezzi di indagine anche più fini hanno concordemente dimostrato che le localizzazioni cliniche più frequenti, anche nel lattante, del bacillo di Koch, a differenza di quello che avviene negli adulti, sono le glandole tracheo- e peri-bronchiali in prima linea e poi le mesenteriche: da questa localizzazione primitiva il bacillo può diffondersi, anzi spesso si diffonde, ma può anche restare latente.

A nessuno può sfuggire l'interesse grandissimo che hanno il medico e l'igienista di poter giungere precocemente alla diagnosi di tubercolosi nel lattante per varie ragioni e tra cui due prevalenti: una individuale potendo la forma localizzata guarire anche col semplice trattamento igienico; l'altra sociale, poichè oggi la tubercolosi si può dire una malattia eminentemente pediatrica, in quanto che la tubercolosi dell'adulto nella massima parte dei casi non è altro che l'effetto di una autoreinfezione in seguito a contagio contratto sino dall'infanzia.

La diagnosi precoce nel poppante nel quale gli altri elementi di giudizio sono infidi e spesso mancanti come è mancante l'esame batteriologico si può fare con le ricerche biologiche coadiuvate dalle radiologiche.

Spolverini, della Clinica Pediatrica di Roma e direttore delle consultazioni municipali dei lattanti, mettendo a profitto un abbondante materiale di studio, ha voluto studiare su 900 piccoli soggetti il modo di comportarsi della tubercolosi latente ed in *Tubercolosi*, fascicoli IX e X 1918, porta il contributo delle sue indagini eseguite con rigorosità di metodo e con fine criterio scientifico.

Per la ricerca diagnostica lo Spolverini si è servito in prima linea della prova biologica e poi di quella radiologica oltrechè dello esame obiettivo: la *cutireazione* veniva eseguita di regola in tutti i lattanti dai 3 ai 12 mesi e che fossero in condizioni soddisfacenti di salute, e se era positiva veniva eseguito anche l'esame radiologico del torace per studiare la localizzazione della affezione.

Le reazioni biologiche su 900 lattanti furono positive in 63 casi, vale a dire con una percentuale del 7%: di questi 63 lattanti, 8 erano dai 3 ai 4 mesi, 22 dai 4 ai 6, 33 dai 6 ai 12.

Le indagini anamnestiche e cliniche pure eseguite non solo sui genitori ma sui collaterali in quasi la massima parte dei casi hanno dimostrato che nello ambiente familiare dove viveva il lattante esisteva un focolaio di tubercolosi e che la maggior parte delle famiglie dei bambini studiati viveva in unica camera di abitazione (in cui talune volte si mangiava e cucinava), priva di aria e di luce e sovente sporca e lurida.

Le madri di questi lattanti con reazione positiva in quasi la metà dei casi avevano una età dai 20 ai 30 anni, in un terzo dei casi dai 30 ai 35 ed in un quarto dai 35 ai 40; nella metà dei casi erano *pluripare*.

In quanto al *sesso* del lattante lo Spolverini, pur facendo presente come durante il primo anno le condizioni di vita sono identiche nei maschi e nelle femmine, ha potuto notare una certa predisposizione del sesso maschile (2/3) ed in quanto al *genere di allattamento* ha constatato che circa il doppio appartengono a quelli allattati con allattamento misto a confronto di quelli ad allattamento naturale.

In 21 lattanti nonostante sicuramente tubercolizzati l'*accrescimento* si è mantenuto fisiologico ed insieme anche lo stato generale si è mostrato buono (la metà di questi bimbi stava ad allattamento misto) degli altri 42 con accrescimento deficiente solo 10 erano allevati con allattamento misto e 6 con l'artificiale.

L'indagine radiologica del torace ha dimostrato l'esistenza della lesione delle ghiandole, in ispecie quelle ilari, non diagnosticabile obietti-

vamente, con una percentuale superante la metà dei bambini osservati ed ha fatto constatare come le più colpite le ghiandole ilari di destra, meno quelle di sinistra nel qual caso l'affezione era bilaterale.

Da queste constatazioni lo Spolverini conclude per una energica profilassi antitubercolare individuale e sociale nel primo anno di vita allo scopo non solo di evitare nella maggior parte dei casi il contagio ma anche, una volta questo avvenuto, di impedire sia l'intervento di nuove infezioni che il generalizzarsi di quelle esistenti allo stato latente.

L'attuazione dei mezzi più adatti per difendere il lattante dalla tubercolosi è uno dei problemi più difficili ed è il più interessante per la lotta antitubercolare che per lo Spolverini deve basarsi sui seguenti ben noti principî:

1) Il bambino non nasce tubercoloso; invece tale può diventare perchè contagiato dopo la nascita.

2) Il contagio è sopratutto familiare, quindi la tubercolosi di esso è evitabile a condizione di allontanarlo dall'ambiente infetto.

3) La percentuale dei bambini tubercolosi aumenta con l'età: dunque l'allontanamento, perchè riesca efficace, deve essere effettuato il più presto possibile.

4) Bisogna organizzare la ricerca nella città dei lattanti nati in ambiente infetto.

5) Occorre realizzare il ricovero ed il soggiorno dei medesimi in *pouponnières* istituite in aperta campagna soleggiata con sorveglianza medica costante e con la garenzia di un buon allattamento naturale.

g. g.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Un caso d'influenza a sindrome nervosa.

per il prof. ANDREA TOMASELLI
docente di patologia med. nella Univ. di Catania.

Fra i numerosi casi d'influenza da me osservati uno ha presentato una sintomatologia non comune.

Si trattava di un giovane di anni 20. Nulla di notevole nel gentilizio e nell'anamnesi personale.

L'ammalato veniva bruscamente colpito da febbre elevata (40-41°C) preceduta da lievi brividi di freddo; nessun disturbo soggettivo.

Circa 48 ore dopo l'inizio della elevazione termica cominciavano ad apparire alterazioni del sistema nervoso, alquanto gravi.

Lo stato della coscienza era anormale; l'infermo diceva di stare benissimo mentre non sapeva identificare le persone che gli stavano attorno; alla fine della terza giornata apparivano delle idee deliranti ed al quarto giorno l'ammalato entrava in coma.

Notevoli erano i disturbi della mobilità; contrazioni tonico-cloniche dell'arto superiore destro si osservavano sin dal terzo giorno e contemporaneamente si aveva emissione involontaria di feci e di urina. Al quarto giorno invece il ventre diventava fortemente meteorico, l'avo era chiuso, si avevano tutti i sintomi di ritenzione fecale da paresi intestinale.

Era anche evidente una paresi della vescica la quale si palpava abbastanza tesa e ripiena di liquido.

L'orina estratta col catetere era di aspetto torbido, rosso-arancio e conteneva albumina in notevole quantità.

Non fu possibile per mancanza di mezzi di praticare altre indagini.

All'esame dell'addome prima che il meteorismo fosse di alto grado si riusciva a palpare l'estremità inferiore della milza la quale appariva di consistenza molle, elastica. Il fegato era nei limiti normali.

Nulla a carico del sistema respiratorio.

Circa l'apparato circolatorio notavasi un lieve aumento del diametro trasversale del cuore; i toni erano un po' deboli. Il polso alla radiale era frequente, piccolo, compressibile.

Tutti questi fenomeni si mantenevano costanti fino al sesto giorno in cui avveniva un improvviso e benefico cambiamento del quadro clinico.

La temperatura si abbassava di qualche decimo, riappariva la coscienza.

L'ammalato pareva si svegliasse da un lungo sonno; non ricordava nulla di quanto si era svolto in lui ed attorno a lui, accusava un senso di grande prostrazione generale di forze.

Le funzioni intestinali ridiventavano normali; si avverava emissione di notevole quantità di feci.

L'orina veniva emessa volontariamente, conteneva ancora albumina ma in minor quantità.

Nei giorni successivi la temperatura andava progressivamente e rapidamente abbassandosi.

Tutte le alterazioni organiche scomparivano residuando solo una notevole depressione organica, la quale lentamente dileguavasi.

Il caso da me riferito aveva dato luogo ad errori diagnostici specialmente verso il quarto giorno di malattia, quando l'infermo aveva assunto lo stato tifoso. Tuttavia il modo d'insorgere, l'analisi dei singoli sintomi facevano escludere la infezione tifoidea.

Più difficile era la diagnosi differenziale con una febbre malarica ad andamento pernicioso, tanto più che l'infermo dimorava in luogo malarico ed i mezzi per la ricerca del parassita nel sangue circolante mancavano. Tuttavia agli effetti della cura trattandosi di un malato con grave alterazione renale, l'accertamento diagnostico meritava l'esame più coscienzioso.

L'assenza di altre febbri sofferte precedentemente e sopratutto la consistenza molle della

milza la quale era anche poco ingrossata, rendevano poco sicura la diagnosi di infezione palustre.

Restava infine a considerare se l'alterazione renale non fosse stata la lesione alla quale bisognava subordinare tutti i sintomi. Però la febbre elevatissima, la quantità giornaliera quasi normale dell'orina non giustificavano pienamente tale ipotesi.

La diagnosi di influenza pareva la più accettabile, talchè il malato veniva curato senza alcun uso di sali di chinino e la malattia in circa dieci giorni perdeva tutta la gravità permettendo all'infermo di riacquistare la piena salute dopo altri pochi giorni.

Ho creduto non priva di interesse l'esposizione di questo caso clinico perchè nell'attuale epidemia influenzale la forma nervosa è stata rara mentre è apparsa molto frequente quella respiratoria e lieve quella digerente.

Dicembre 1918.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sull'immunità e su certi provvedimenti profilattici per l'influenza,

per il dott. V. E. OVAZZA
medico municipale di Roma.

Il copioso contributo, portato da osservatori di tutto il mondo sull'immunità influenzale, ha dato risultati notevoli sia perchè molti furono parte od osservatori dell'altra grande epidemia 1889-90; sia perchè facili furono le considerazioni in quella dell'anno decorso, ch'ebbe due periodi divisi con nettezza non comune.

A mio parere però si è insistito troppo sul termine immunità, quasi si creda e la si debba credere assoluta. Nessun dubbio che è seducente e suadente l'ipotesi immunitaria per spiegare come furono risparmiati quasi in modo specifico moltissime persone, specie le anziane e tarate, altra volta colpite da influenza.

Io porto però un contributo di parecchi casi, a cominciare da me stesso, osservati in zona di guerra, che già avevano sofferto la malattia nel secolo passato, nonchè di altri — come del resto fu da altri pubblicato — che nel periodo autunnale del 1918 ebbero una vera reinfezione e con sintomi non dubbi dell'influenza sofferta in primavera. Soggiungerò subito che mentre non potei stabilire se ad una forma grave succede una attenuata o viceversa, proprio tra essi non verificai forme letali, anzi, fra i miei almeno, pur con sintomi rilevanti, non vi fu complicazione alcuna.

Allora ne risulterebbe: immunità assoluta no, relativa certamente e proprio paragonabile a quella che dà la vaccinazione antivaiolosa, per la quale, come per ogni altra, sicura nei suoi scopi, non possiamo però ancora fissarne scientificamente, nemmeno con approssimazione, un termine. Anche per l'influenza sarebbe solo assodato una minor facilità ad ammalarne ed una prognosi fausta per quella minoranza, che ne è colpita per la seconda volta.

Come corollario si deduce quindi che pure per gli immunizzati di influenza devono valere tutte le precauzioni consigliate e diffuse con molta opportunità durante la recente epidemia: precauzioni e misure igieniche che i popoli evoluti dovranno eseguire non solo nelle occasioni eccezionali, ma correntemente.

Fra le precauzioni annovero quella dell'esclusione degli estranei dagli Ospedali per la prima volta realizzata in maniera così precisa e pronta, si può dire, in tutto il mondo. Fu invero un fatto notevole: è da augurarsi che le Autorità Sanitarie vi continuino a dar mano per qualunque allarme di qualsiasi genere e di qualsiasi entità. I familiari vanno in certo qual modo forzatamente persuasi che l'Ospedale non è il luogo dove..... si muore. D'altra parte tutti coloro che hanno fatto vita d'Ospedale sanno quanto pochi scrupoli i visitatori abbiano mettendosi a contatto — per malintesa pietà — con gli ammalati e con qualunque arredo e, tanto per citare un altro dei tanti inconvenienti, a quale abbondante distribuzione di purganti si debba ricorrere nel giorno successivo a quello della visita dei parenti.

Fra qualche diecina d'anni gli Ospedali saranno enormemente migliorati, il loro numero sarà aumentato anche nei piccoli centri, ad essi si dovrà ricorrere per qualunque bisogno, e senza le attuali difficoltà, nelle epidemie, con enorme risparmio finanziario globale e a beneficio dell'igiene e della salute in generale.

Diffondiamo l'idea che per un malato l'Ospedale sostituisce in tutto e meglio l'ambiente familiare e che un malato pel proprio egoismo non deve pretendere alla visita di parenti e degli amici, facile causa di diffusione di malattie.

Un altro provvedimento, a cui si è ricorso senza soverchia distinzione — e lo trovo più discutibile — fu la chiusura delle scuole.

Non mi soffermo sulla peculiare diffusione rapida dell'influenza, per cui vi si provvede sempre tardivamente; ma mi sembra che la misura può servire appena per le grandi città, in cui i bambini esclusi da scuola restano nelle proprie abita-

zioni o hanno solo limitati contatti nei pubblici passeggi. Nei sobborghi invece, specie con grandi nuclei operai, e nei piccoli Comuni (insomma per i più) impedendo le lezioni, cioè quel po' di così necessaria istruzione, rimandiamo i ragazzi nei cortili e per le strade tanto, come e quanto nelle Scuole. Non si sa anzi che spesso è solo per presentarli a scuola che le madri puliscono i bambini ed è solo in essa che stanno composti e sorvegliati?

Qui cito che nella mia zona oltre due Scuole Comunali, che in ossequio alle disposizioni emanate rimasero chiuse, vi è una scuola privata. Un intelligente proprietario (che rara eccezione per la Campagna romana!) istruisce a sue spese una cinquantina di bambini dei suoi coloni; alla sera i più adulti — pure in congruo numero — vi ricevono un compimento di studi. Ebbene tale scuola fu aperta nel colmo dell'epidemia, naturalmente sotto una mia speciale vigilanza e malgrado io fossi pronto a consigliarne la chiusura. Non ebbi da usare un tal rimedio e pure perdurava l'influenza nell'abitato attiguo.

In Roma in un privato educatorio fuori Mura, ove delle benefattrici d'un popolare Rione adunano in ogni pomeriggio una ventina di bambini per ricevervi un supplemento di vitto, di cure e di....: pulizia, assunsi la stessa responsabilità, feci la medesima sorveglianza, ma non fu necessario di chiudere l'educatorio.

Quasi come controprova mi risultò in quella, come in questa scuola, il fatto che dopo un certo tempo due bambini in ognuna si ammalarono per influenza (che già aveva colpito i rispettivi familiari), essi guarirono, furono riammessi nelle scuole e non rilevai in queste altra diffusione.

Contro l'opinione comune io ritengo invece che, se pel timore dello spargersi dell'epidemia si deve ricorrere alla chiusura delle scuole, non lo si può fare prima di aver proibito pure tutti i pubblici spettacoli, i pubblici ritrovi, gli assembramenti religiosi, i pubblici trasporti, ecc. Almeno questi non sono essenziali o si possono sostituire, al contrario non so come si fanno riacquistare due o tre dei pochi mesi di scuola nei pochissimi anni che vi dedicano i nostri operai ed i nostri contadini.

Digitale e bronco-polmonite grippale.

Dott. S. AVAGNINA.

Durante l'epidemia di influenza tra 2000 e più casi che io, come medico militare e civile, ho avuto occasione di vedere, ho constatato (come hanno constatato e pubblicato moltissimi altri medici) che in quasi tutti i malati di influenza, e da quasi tutti gli affetti dalla forma bronco-polmonare, eravi spiccata bradicardia. Può ritenersi che l'influenza, secondo i moderni concetti della Scuola Viennese, sia una malattia vagotonica.

In tutti i casi di bronco-polmonite grippale caduti sotto la mia osservazione sempre ho constatato una bradicardia che spesso arrivava a 50-60 p. al m., e che talora si faceva più spiccata a mano a mano che l'ammalato peggiorava. Io ricordo molti e molti ammalati con bronco-polmonite diffusa, bilaterale, con dispnea intensa, cianosi, temperatura molto alta, i quali presentavano una bradicardia spiccatissima, più spiccata di quella che troviamo generalmente nel tifo-addominale.

Quindi, prendendo in considerazione questo sintomo *bradicardia*, pensando che l'influenza è spiccatamente malattia vagotonica, facciamo cosa utile noi medici a usare, come usiamo quasi tutti nella bronco-polmonite, la digitale ad alte dosi?

Io ho visto ammalati con bronco-polmonite grippale, con polso molto raro, i quali si assorbivano quotidianamente il loro bravo infuso al 2 %, e ricevevano almeno 2 iniezioni al giorno di digalèn.

All'idea della polmonite noi associamo sempre l'idea della digitale, ma se la digitale è un rimedio sovrano nelle comuni polmoniti da Fränkel, nelle bronco-polmoniti grippali, bradicardiche, vagotoniche, è inutile se non dannosa.

Quindi io credo di potere consigliare nelle bronco-polmoniti da influenza un più savio e moderato uso di digitale, e in certi casi la proscrizione assoluta.

COMMENTI.

« Defluvium capillitii » nell'influenza.

Ci siamo occupati di questo argomento nei fasc. del 9 e del 23 febbraio u. s. Riceviamo in proposito:

Che la influenza tra le altre conseguenze — certamente la minore in gravità — apporti la caduta dei capelli, è un fatto incontestabile. Qui dove la malattia ha infierito, molte donne, guarite dalla influenza, sono rimaste con le teste che sembrano tanti maschietti, per l'abbondante caduta dei capelli.

Forse il fatto non è stato notato da coloro che della importante e grave pandemia han dato delle descrizioni, non perchè non abbiano osservato il fenomeno, ma perchè tra tante gravi conseguenze della malattia, han trascurato questa, relativamente di poca importanza.

De minimis non curat praetor, ecco secondo me per quale ragione il fatto, piuttosto frequente, non ha fermato l'attenzione di coloro che della malattia hanno rilevato i fatti più salienti e più gravi.

Girgenti, 13 febbraio 1919.

Dott. L. Alasino.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

La polinevrite acuta febbrile.

Durante la guerra Gordon Holmes (*British Medical Journal*, N. 2950) ha osservato numerosi casi di polinevrite che per il loro decorso acuto e per la elevazione termica che le accompagna all'inizio vanno designate col nome di polinevriti acute febbrili.

L'inizio è rapido: gli infermi avvertono un senso di malessere senza manifestazioni definite e locali; parecchi casi vennero dalle unità cui appartenevano con la diagnosi di piressia di origine ignota; un caso si era manifestato in seguito ad una febbre da trincea, un altro ad un attacco di diarrea con vomito. Si ha febbre ma non si può affermare fino a qual grado perchè la piressia è di breve durata e non sempre fu possibile controllarla.

Verso il terzo giorno si hanno dolori alle gambe ed alle reni, i quali persistono per parecchio. In seguito il paziente avverte debolezza alle gambe, non è in grado di fare che pochi passi. Questa paresi si accentua e si diffonde alle braccia. Il viso sembra stirato ed intirizzito. Già a questo periodo iniziale si può avere qualche difficoltà di parlare e disturbi della deglutizione.

Nel periodo di stato i sintomi sono caratteristici. Le gambe sono ambedue molto paralizzate e molto uniformemente in rapporto ai varî gruppi muscolari. La flaccidità è completa, ma non v'è atrofia. Le coscie si muovono ancora, ma molto debolmente. La paralisi degli arti superiori è meno grave ed anche qui si estende uniformemente a tutti i muscoli. La paralisi di diffonde al tronco in modo meno accentuato: ma la debolezza dei muscoli intercostali ed addominali non è dubbia. Nei due casi nei quali si è avuta morte per complicazioni pulmonari, la paresi dei muscoli respiratori ha contribuito all'esito fatale. Il diaframma non è mai compromesso.

Fino a questo punto il quadro sintomatico non differisce da quello delle comuni polinevriti che per la uniformità delle paralisi, che sono ugualmente intense alle parti prossimali e distali degli arti. Ma quando si passa all'esame dei territori tributari dei nervi cranici si hanno fatti nuovi. Il viso è alterato fin dall'inizio: le rughe sono spianate, le guancie appiattite, gli occhi incompletamente chiusi nel sonno. L'infermo non può corrugare la fronte, non può soffiare, nè fischiare. Si ha insomma paralisi facciale bilaterale. L'articolazione della parola è difficile a causa della paralisi delle labbra, ed i liquidi scolano per gli angoli della bocca. I movimenti della lingua sono sempre integri. Qualche volta si ha un po' di paralisi del velopendolo e passaggio di liquidi per il naso. La difficoltà di ingoiare è costante. La fonazione non è mai alterata. Talora si ha debolezza dei muscoli masticatori. Le pupille sono uguali e mobili. In tre casi almeno l'autore ha constatato paralisi oculari.

I riflessi tendinei sono aboliti. I cremasterici e gli addominali sono presenti, ma i plantari sono semrpe assenti quando la paralisi agli arti inferiori è accentuata.

I sintomi sensitivi sono sempre meno evidenti. Alcuni infermi accusano dolori ai piedi ed alle gambe, che si accentuano nei movimenti attivi e passivi. I muscoli delle gambe, e meno quelli delle braccia, sono sensibili alla pressione.

Dolorosa è pure la compressione dello sciatico.

La sensibilità superficiale rimane perfetta, tranne a livello dei piedi, dove è un po' ottusa. La sensibilità termica e dolorifica è integra. Il senso delle attitudini e la sensibilità vibratoria sono diminuiti ai piedi ed alle mani.

Quasi costanti sono i disturbi degli sfinteri. La minzione è incompleta e lenta. L'incontinenza vescicale è rara; una sola volta si ebbe incontinenza rettale.

Non si hanno disturbi trofici e vasomotorî.

La mentalità è integra.

Il decorso dell'affezione è rapido.

In capo ad una settimana tutti i sintomi raggiungono il massimo di intensità. E dopo una settimana ancora, comincia la retrocessione: prima scompaiono i disturbi sfinterici e della deglutizione, più a lungo resiste la paresi facciale.

Due pazienti di Gordon Holmes sono morti, l'uno di bronchite, l'altro di bronco-polmonite. L'esame istologico dei nervi ha confermata la diagnosi di polinevrite; comunque la proporzione delle fibre degenerate è molto bassa, sono sopratutto le fibre sottili quelle che sono più diffusamente lese.

La diagnosi differenziale della polinevrite acuta febbrile non presenta difficoltà. La rapidità con la quale i sintomi si sviluppano, la paralisi flaccida degli arti, la dilpegia facciale ed eventualmente le paralisi oculari, i disturbi della deglutizione e degli sfinteri sono caratteristici. Come caratteristica è la scarsezza dei di-

sturbi sensitivi. D'altra parte è notevole la rapidità del miglioramento; la polinevrite alcoolica, saturnina ed arsenicale hanno un decorso più lento. La diagnosi differenziale con le forme mielitiche è facile.

Il trattamento è schiettamente sintomatico: il riposo ed il caldo sono sufficienti; in qualche caso hanno giovato la diaforesi e la diuresi. Occorre sorvegliare le eventuali complicazioni respiratorie.

DR.

La polinevrite difterica.

Le conseguenze nervose della difterite sono costituite da paralisi iniziali del palato, da disturbi dell'accomodazione ed infine da polinevrite. Per il modo di sviluppo, per la topografia dei disturbi nervosi postdifterici, generalmente si crede che essi siano dipendenti da un'azione elettiva della tossina difterica su certi nervi cranici e sui loro nuclei, che siano cioè in rapporto ad una tossiemia del sistema nervoso. Ma i fatti clinici, come i dati sperimentali (negli animali da laboratorio in rapporto al modo ed alla sede di inoculazione del virus più che paralisi delle fauci e dei nervi cranici si ha polinevrite midollare e cranica) dimostrano che le paralisi sono prevalentemente prossime al focolaio d'infezione. Si tratterebbe come per il tetano di un processo neuritico ascendente o come per la rabbia di una diffusione del virus attraverso i tronchi nervosi. Walshe (*Lancet*, 1918, 24 agosto) ha osservato nelle truppe di un corpo di operazione inglese numerosi casi di polinevrite in individui con ferite esposte.

In nessuno dei pazienti vi erano precedenti di intossicazioni alcooliche, arsenicali, di beri-beri o di altri fattori che giustificassero le manifestazioni polinevritiche. Siccome nel campo si erano anche avuti casi di difterite delle fauci, l'A. fu indotto a fare l'esame batteriologico del secreto delle ferite, ed infatti in tutti gli individui con disturbi nevritici trovò che il secreto stesso era ricco di bacilli difterici. Il caso più tipico fu quello di un ufficiale medico, il quale nel praticare la tracheotomia ad un soldato affetto da difterite laringea si ferì al pollice destro. Si formò una piccola ulcera, dalla quale si potette isolare il bacillo di Löffler. Poco dopo il paziente avvertì un senso di intorpidimento e parestesie al pollice ferito, debolezza dei movimenti della mano e crampi nei muscoli della mano e dell'avambraccio corrispondente; ben presto si sviluppò una vera polinevrite. Non c'era paralisi delle fauci, nè disturbi dell'oculomozione. Comunque negli altri casi di polinevrite non dipendente da difterite delle fauci, l'A. osservò la paralisi dell'accomodazione.

I fatti sopra esposti confermano la già accennata analogia con la infezione tetanica. Come ci sono forme locali, specifiche e generalizzate di tetano, così nella difterite ci sono forme locali (paralisi delle fauci), specifiche (disturbi oculomotori) e generalizzati (polinevrite). Mentre la teoria della intossicazione elettiva ematogena può spiegare i sintomi oculari e generalizzati nelle paralisi postdifteriche, essa è l'altra parte insufficiente a dar ragione dei fenomeni paralitici locali nella difterite delle fauci e nella difterite localizzata in altre parti del corpo.

Si deve quindi ritenere che la paralisi iniziale locale è la conseguenza di una intossicazione linfogena del sistema nervoso: la tossina partendo dal focolaio infettivo raggiunge i centri cranici o spinali attraverso i linfatici perineurali. I sintomi specifici locali (oculari) o generalizzati (polinevrite) non possono interpretarsi nello stesso modo: per essi è necessario ammettere che i rispettivi centri o tronchi siano lesi da tossine circolanti nel sangue. E' la paralisi dell'accomodazione può essere considerata come la manifestazione di una vera affinità elettiva, mentre la polinevrite è la espressione dell'avvelenamento generale del sistema nervoso.

DR.

Le polinevriti diabetiche.

Le polinevriti diabetiche hanno una localizzazione ed una diffusione molto diversa nei varî casi. Talora si ha diplegia facciale o diplegia brachiale con integrità degli arti inferiori; tal'altra si ha paraplegia degli arti inferiori non completa, ossia non impotenza assoluta di tutti i muscoli delle coscie e delle gambe, ma paraplegia parziale riguardante esclusivamente o prevalentemente i muscoli della regione antero-esterna della gamba innervata dallo sciatico polpliteo esterno (plesso sacrale), o i muscoli della regione antero-interna innervati dall'otturatore e dal crurale (plesso lombare).

Pitres e Marchand (*Progrès Médical*, n. 30) hanno esaminato un soldato entrato all'ospedale con ectima, eruzioni localizzate agli arti inferiori, infiammazioni delle gengive, formicolii agli arti. Si constatò glicosuria. Si sviluppò quindi una polinevrite che migliorò progressivamente col trattamento antidiabetico che fece scomparire lo zucchero nelle urine. I disturbi nervosi dell'infermo non potevano essere attribuiti ad altra causa che al diabete. L'ectima e la gengivite fu-

rono le prime manifestazioni della malattia. Negli antecedenti del paziente non c'erano infezioni acute o sifilitiche, nè intossicazione alcoolica, nè altro di importante. Il parallelismo tra la scomparsa dei sintomi diabetici ed il regresso dei disturbi nervosi fino alla guarigione, mostra il rapporto di causa ed effetto tra il diabete e la polinevrite.

I sintomi furono quelli della polinevrite tossi-infettiva. La paralisi anche all'acme della malattia non fu mai completa, ma era diffusa a tutti e quattro gli arti e specialmente agli inferiori. Questa forma quadraplegica comune nelle paralisi difteriche è in verità rara nel diabete. Agli arti inferiori erano paralizzati i muscoli innervati dal crurale e dallo sciatico; agli arti superiori gli estensori erano molto più paralizzati dei flessori. Come in tutte le polinevriti diabetiche erano particolarmente accentuate le iperestesie con crisi dolorose agli arti inferiori.

La prognosi di questa forma morbosa è generalmente favorevole, ed è in gran parte subordinata al decorso della malattia fondamentale, il diabete. È evidente che in questa affezione i prodotti tossici del ricambio agiscono sui nervi periferici come le tossine nelle infezioni.

DR.

TERAPIA.

I preparati di oppio nelle malattie cardio-vascolari.

Sovente anche nei consigli dei più rinomati cultori della cardiologia si nota un non velato timore, da cui scaturiscono norme restrittive e circospette, circa l'uso dell'oppio e dei suoi derivati nella cura delle malattie cardiache e vascolari. Eppure niente di più ingiustificato da queste riserve terapeutiche: l'oppio è in siffatte malattie assai spesso indispensabile, quasi sempre utile e solo di rado pericoloso.

A riabilitare una così preziosa, e spesso unica risorsa medica, hanno recentemente contribuito vari cardiologi: fra questi in prima linea il Vaquez, le cui idee, confortate dall'esperienza, sono ampiamente riferite da Laubry ed Esmein in un lavoro apparso sul *Paris médical* del 19 ottobre scorso.

Riservandosi di riportare più sotto formole raccomandate, esaminiamo brevemente le contingenze cliniche nelle quali la terapia oppiacea s'impone, sopratutto sotto la forma del suo capitale alcaloide, la morfina.

Per ben comprendere il suo meccanismo di azione — l'ignoranza del quale ha fatto sorgere le prevenzioni contro il rimedio, incolpato di incidenti non spettantigli — sarà utile ricordare quanto ha messo in evidenza il Pouchet: la morfina non è un anestetico, anzi essa esalta la eccitabilità sensitiva; ma abolisce la percezione subbiettiva del dolore, deprimendo i relativi centri corticali. Così intesa l'azione della morfina, balza evidente come tutte le reazioni organiche riflesse continuano a svolgersi indisturbate dopo la somministrazione di tale farmaco: esso per ciò non turba equilibri o correlazioni dell'organismo, e non può chiamarsi responsabile qualora insorgano turbamenti di tal genere.

Delle malattie vascolari una di quelle che più si giova della terapia oppiacea è l'*angina pectoris,* qualunque siano le patogenesi: essa si accompagna con tale dolore, che per sè stesso è pericoloso di vita: allora un'iniezione di morfina riporta la calma. Vi sono dei casi nei quali la sindrome anginosa è così fulminea, che la morfina è controindicata, solo perchè non sufficientemente sollecita; allora bisogna ricorrere al nitrito d'amile o alla trinitrina.

Invece nello stato anginoso (accessi ravvicinati o subentranti) la morfina dà risultati magnifici.

Un'altra malattia ove l'oppio ha la sua precisa indicazione, secondo Vaquez, è l'*edema acuto polmonare.* La concezione a prima vista urta nei concetti comuni ed appare rivoluzionaria. Eppure Vaquez ha potuto affermare che, nella impressionante sintomatologia dell'edema acuto del polmone, un'iniezione di morfina è spesso il supremo rimedio. Ed egli giustifica e dimostra questa pratica sancita dall'esperienza.

Qualunque ne sia l'origine (renale od aortica), quali che siano i fattori determinanti (chimici o meccanici) l'edema polmonare, risulta da una rapidissima vasodilatazione polmonare coincidente con una crisi vasocostrittiva della cute e dei visceri. Da questo improvviso squilibrio l'abbondante secrezione polmonare, che sovente conduce a morte. Una medicina che calmi questo tumulto vasomotore e secretivo, agendo sui relativi centri, può salvare l'infermo: e tale è la morfina, il cui uso non esclude le altre risorse terapeutiche, quali salasso, eccitanti, ecc.

Le osservazioni che da Laubry ed Esmein sono riportate riescono dimostrative.

Nella *ipertensione parossistica,* dove l'elevarsi brusco della tensione produce incidenti cerebrali, renali, polmonari, il rimedio logico è quello che frena i centri vasomotori e smorza la sensibilità, specie la polmonare: e desso è ancora la morfina.

Nelle *ipertensioni croniche* questo rimedio va serbato solo per vincere la dispnea e l'insonnia ribelli: diversamente è prudente lasciarlo da parte.

Fra le affezioni cardiache si giova della morfina la *tachicardia parossistica,* la cui crisi angosciosa merita le stesse considerazioni dell'angina di petto. L'*asistolia grave,* con stasi viscerali diffuse, migliora con l'uso dell'oppio (Vaquez).

La *pericardite secca,* dove le sofferenze sono dovute al dolore e alla dispnea, migliora coll'oppio.

Tutti i *vizi valvolari* si sedano con questo rimedio quando assumono andamento penoso e grave.

L'*embolia polmonare* trova nell'uso degli oppiacei il suo più ragionato trattamento: si calmano infatti il dolore e la dispnea, che rendono così impressionante il quadro, si limita conseguentemente la congestione intorno all'infarto, e si scongiurano nuovi squilibri circolatori.

Ecco dunque nell'oppio un'arma potente ed una risorsa quasi sempre efficace, ed innocua.

La scelta del preparato da somministrare varia secondo i bisogni.

Quando si abbia da fare con infermi forniti di un buon apparecchio digerente, si può ricorrere direttamente all'oppio, e somminstrarlo come polvere del Dower: 30-60 centigrammi *pro die.* In questo preparato vi sono anche sostanze diuretiche, utili al rene.

Predominando il sintoma dolore, una buona formola è la seguente, che all'oppio associa degli antinevralgici:

Solfato di chinino . . . }
Antipirina (o salipirina) . } ana ctgr. 20
Caffeina. . . . . }
Polvere d'oppio . . . } ana ctgr. 2

p. 1 carta. Da somministrarne una ogni 3 ore, anche per alcuni giorni di seguito.

Volendo, si può ricorrere agli alcaloidi. Se esiste tosse è preribile la dionina.

Dionina . . . . ctgr. 20
Acqua di lauro ceraso . . . gr. 10

10 gocce, 2-3 volte.

Nell'ansia respiratoria cardica è utile lo sciroppo di codeina, 2-3 cucchiaini da caffè nella giornata (ognuno contiene 0.02 di codeina).

Nelle crisi, si possono associare la morfina o la eroina a rapidi medicamenti vasodilatatori:

Cloridrato di morfina (o eroina) ctgr. 6
Soluzione alcool di trinitrina
al centesimo . . . . . gocce 60
Acqua di lauro-ceraso . . . gr. 20
Acqua distillata . . . . . gr. 100

Temendosi fondatamente che l'oppio deprima il cuore, si può associare con cardiocinetici (per es.: polvere del Dower centigr. 20, polvere di digitale centigr. 10), oppure, se si usa la morfina per uso ipodermico, farla precedere da iniezioni di canfora, sparteina ecc.

G. SABATINI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La patogenesi della gotta.

Nel suo recente ma già notissimo trattato *Elements of the Science of Nutrition* (1917), Lusk terminava uno studio sul ricambio materiale dei gottosi con le parole: «le dottrine attuali concernenti il metabolismo della gotta potranno, di qui a poco, essere del tutto sorpassate, grazie a nuove e più comprensive ricerche».

Questa previsione è sul punto di avverarsi.

La gotta era sempre stata considerata come una malattia del ricambio. Il mistero che avvolgeva la malattia parve elucidato, quando si poterono seguire davvicino le trasformazioni dei corpi purinici e dei loro precursori nell'organismo. In questo campo ricordiamo le recenti scoperte di Levene e Jacobs, i quali ci hanno fatto conoscere alcuni stadî nuovi del ricambio purinico (poli e mononucleotidi e nucleosidi), nonchè i fermenti relativi (nucleinasi, nucleotidasi, nucleosidasi).

Per gradi si giungeva così sino agli urati, il cui compito patogeno appariva manifesto: accumulo nel sangue, deposizione occasionale nei tessuti e produzione dei tofi specifici, stato flogistico correlativo. Si era andati anche oltre nell'analizzare, alla luce della chimica generale, i fatti morbosi, differenziando nell'organismo i due tipi di acido urico. La tautomeria di questo prodotto (laktim, laktam), già scoperta dal Fischer, venne difatti applicata brillantemente dal Gudzent all'equilibrio fisico-chimico dell'urato acido di sodio nell'organismo.

Si era perfino presunto di poter localizzare la sede del pervertimento. Una quindicina di anni or sono Minkowski (2° volume dell'*Handbuch der Ernährungsthërapie* di von Leyden, 1906) così si esprimeva al riguardo: «In ultima analisi, il comportamento anomalo dell'acido urico nella gotta è probabilmente da ricondurre al metabolismo deviato *entro i nuclei cellulari,* dove l'acido nucleinico è il mezzo di produzione e di solubilizzazione non solo delle basi puriniche, ma anche dell'acido urico».

Le intossicazioni endogene ed esogene, le infezioni, le malattie renali, i traumatismi ecc., si facevano intervenire come fattori predisponenti della diatesi urica o come fattori occasionali dell'accesso.

Ipotesi sussidiarie erano: l'affinità di alcuni tessuti (cartilagini) per l'acido urico, la presenza o la mancanza di fermenti specifici, ecc.

Tutto considerato, la gotta sembrava una delle malattie meglio conosciute nel suo dinamismo patogenetico.

***

Quasi contemporaneamente al Minkowski una veduta in tutto dissimile da quella dominante veniva espressa, in Inghilterra, da A. E. Garrod (The chemical Pathology of Gout, in *British Med. Journ.*, 1904, vol. 2°, p. 741).

Il Garrod era stato colpito dalla frequente coincidenza della gotta con la nefrite, particolarmente col rene grinzo. Questo fatto aveva già suggerito la possibilità che il ristagno di acido urico fosse da mettersi in conto dei reni. Il medico inglese formulò nettamente la nuova concezione: « Se il difetto sta nel rene — egli diceva in modo incisivo — la gotta dev'essere rimossa una volta per sempre dalle malattie del ricambio e annoverata tra le sequele dell'insufficienza renale, almeno per quanto concerne i fenomeni inerenti alla ritenzione di acido urico ».

La coesistenza dei fatti nefritici in molti malati di gotta indusse Ebstein ad ammettere una dualità patogenetica di questa malattia: egli difatti distinse una *forma artritica* ed una *forma renale* della gotta.

La gotta renale venne poi definita meglio dalle ricerche di Luff e di Levinsohn, di Brugsch e di Schittenhelm, i quali ultimi vi aggiunsero una *varietà litiasica*.

Ma nell'insieme la nuova concezione patogenetica non ebbe fortuna.

Onde riescono oggi quasi una rivelazione le ricerche compiute da Mc Clure nella Clinica Medica dell'Ospedale Bringham a Boston (*Arch. intern. Med.*, nov. 1917, p. 641 e *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1918, I, p. 41). Esse proiettano una luce nuova ed inattesa sul problema.

Il Mc Clure ha studiato la funzionalità renale dei gottosi conclamati (con tofi), nei quali non era stata posta diagnosi di nefrite od era dubbia. Egli ha messo a profitto le nuove risorse tecniche che permettono di accertare anche gli stadî incipienti dell'insufficienza renale: aumento anche lievissimo dell'azoto non proteico nel sangue, tasso dell'escrezione ureica, saggio della fenolsulfoneftaleina, ecc.

Dal suo studio, assai diligentemente condotto, emerge con chiarezza che il rene dei gottosi è molto spesso funzionalmente deficiente. L'eliminazione imperfetta dell'acido urico endogeno ed esogeno e di altre sostanze azotate nei gottosi può dunque essere il risultato di una depressione nel potere funzionale dei reni.

Ricerche ulteriori di Howard, da noi già riassunte, provano che nei più gravi processi cronici dei reni si dichiara sempre ritenzione di acido urico; solo in secondo tempo all'uricemia segue l'uremia; da ultimo si rende manifesta la creatininemia.

Questi fatti notevoli dimostrano che l'accumulo di acido urico nel sangue dei gottosi, considerato fin ora come dipendente da un pervertimento del metabolismo nucleinico, può spiegarsi invece come risultante di un'insufficienza renale; che, d'altra parte, le teorie le quali facevano derivare la gotta da alterato metabolismo debbono considerarsi come semplici ipotesi, destituite di ogni base scientifica.

Incidentalmente osserviamo ancora che da tempo si parlava di « rene gottoso », ma come di un fatto secondario, dipendente dalla deposizione di tofi nei reni. La nuova concezione porta invece ad ammettere un « rene dei gottosi », il quale condiziona l'accumulo secondario dell'acido urico nell'organismo.

***

È giocoforza confessare — come fa con tutta franchezza Mc Clure — che l'insufficienza renale non basta a spiegare « la gotta ». Essa ci fa soltanto intendere molte delle anomalie che si presentano nell'escrezione dell'acido urico e di altre sostanze azotate nei gottosi.

La natura ultima della malattia, *more solito*, ci sfugge. Resta a spiegare il perchè della localizzazione dei depositi e il perchè dell'alterazione dei reni. Non è da escludere neppure la possibilità di un pervertimento del metabolismo, quale substrato della ridotta funzionalità renale e delle lesioni intime dei reni.

Si viene però, comunque, a spostare il punto di partenza della nostra concezione patogenetica della malattia.

L. VERNEY.

NOTE DI TECNICA.

La ricerca dei bacilli tubercolari nell'urina.

Molti sono i metodi proposti per la ricerca dei bacilli tubercolici nell'urina, che in complesso consistono tutti nell'esame del sedimento (ottenuto con la sedimentazione o con la centrifugazione) fatto o direttamente, o dopo il trattamento con l'antiformina.

E. M. Watson (*American Journal for the medical Sciences*, novembre 1918) ritiene che sia

essenziale raccogliere notevoli quantità di urina, in modo che la ricerca abbia maggiori probabilità di successo. Il metodo da lui consigliato è il seguente:

1) Irrigazione del glande e dell'uretra con acqua sterile (precauzione per eliminare il bacillo dello smegma);

2) Raccolta dell'urina in tre bicchieri; l'ultimo deve avere la capacità di 250 cmc., è necessario ottenere almeno 200 cmc. circa di urina; specialmente per le donne è consigliabile un catetere;

3) Centrifugazione per cinque minuti a bassa velocità, di tutti i 200 cmc. del terzo bicchiere (quando dal paziente non si possa ottenere in una sol volta tale quantità, lo si farà urinare ancora); se il sedimento è abbondante, si aggiungono 5 cmc. di antiformina, e si rimescola bene con bacchetta di vetro sterile; se invece è scarso non si aggiunge antiformina, in quanto che la presenza di un sedimento macroscopico agisce da fissativo e facilita al microscopio la ricerca dei microrganismi;

4) Centrifugazione ad alta velocità per 30-45 minuti;

5) Decantazione dell'urina soprastante; raccolta del sedimento, che si striscia su tre porta-oggetti, si lascia seccare all'aria e si fissa su fiamma Bunsen;

6) Se lo strisciamento è di una certa grossezza, si immerge il porta-oggetti per 5 minuti in soluzione alcoolica di HCl al 5 %: ciò ha l'effetto di sciogliere i sali dell'urina;

7) Colorazione in fucsina carbolica calda per 10 minuti (immergendo il porta-oggetti nella soluzione che si scalda fino a sviluppo di vapori). Lavatura con acqua corrente; immersione in soluzione alcoolica d'acido al 2 %, fino a decolorazione, colorazione di contrasto con blu di metilene.

Nel caso in cui si sospetti una tubercolosi vescicale e l'esame fatto riesca negativo, si può provocare una leggiera irritazione vescicale per mezzo di una irrigazione moderata, esaminando poi il liquido di lavatura.

Si può anche inoculare il sedimento in cavie: invece di attendere le solite sei settimane, si irritano dapprima le ghiandole linfatiche della regione inguinale e si inietta poi un cmc. di urina: in casi positivi si possono in tal modo raccogliere i risultati in 9-11 giorni; ancora più rapidamente (8-10 giorni) si hanno i risultati se la regione inoculata viene esposta ai raggi X.

Però anche la prova sulla cavia non è infallibile e talora è stata negativa pur essendo positiva la ricerca microscopica.

FIL.

L'arricchimento dei bacilli tubercolari nello sputo.

K. Brauer (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, marzo 1918) consiglia il metodo seguente:

Diluire lo sputo con eguale quantità di acqua, ed aggiungervi alcune goccie di ammoniaca. Tenere in bagno-maria a 50° circa per 15-20 minuti: aggiungere cmc. 0.5 di soluzione di solfato d'allume al 10 % per ogni 10 cmc. di liquido, e poi alcune goccie di una miscela a parti uguali di cloroformio ed alcool, agitando. Con la successiva centrifugazione si formano tre strati: si preleva quello di mezzo, a forma di anello, colorandolo su porta-oggetti con i soliti metodi.

Nel caso che non si abbia a disposizione una centrifuga, si può riscaldare a fiamma diretta la diluizione dello sputo più l'ammoniaca: si aggiunge poi la soluzione di solfato d'allume e si porta ad ebollizione. Si filtra, portando poi sul porta-oggetti il precipitato che rimane sul filtro.

I bacilli tubercolari così mordenzati dal solfato d'allume sono ben colorati in rosso.

L'arricchimento si ha poichè il precipitato, che si forma per la reazione fra l'ammoniaca ed il solfato d'allume, trascina con sè i bacilli, i quali poi, con l'aggiunta dell'alcool e del cloroformio, rimangono, isolati dal rimanente precipitato, nello strato centrale.

Le prove di confronto fatte con lo strisciamento diretto dello sputo, col metodo all'antiformina e con quello dell'A. hanno dato risultati positivi rispettivamente nel 10 %, 16 % e 19 %.

FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1041) *Virus pestoso e vaccino antipestoso.* — Al dott. L. P. da Lesina: Il vaccino antipestoso è preparato con germi uccisi a 65° C. e non può quindi essere infettante. Solo per un eccesso di precauzione l'Istituto sieroterapico milanese consiglia di distruggere il residuo e la fialetta.

La resistenza del bac. pestoso nell'ambiente esterno può essere notevole, ma è assai scarsa di fronte all'essiccamento. Alcune esperienze provano che nella polvere delle camere, dei mattoni, nell'humus, esso non sopravvive oltre 1-8 giorni, se interviene un moderato essiccamento.

Il periodo di incubazione della infezione pestosa è assai breve, non superando di solito 2-3 giorni.

G. SAMPIETRO.

(1042) *Sulla cura degli empiemi col metodo Dakin.* — Al dott. A. A. da F.:

La soluzione Dakin, come abbiamo riferito altre volte, viene così composta: gr. 140 di carbonato sodico anidro (oppure gr. 400 di carbonato sodico idrato, in cristalli), si sciolgono in 10 litri d'acqua; si aggiungono 200 gr. d'ipoclorito calcico e si agita; si lascia deporre per mezz'ora, poi si decanta il soluto e lo si filtra attraverso cotone; si aggiungono 40 gr. di acido borico. Si ottiene così una soluzione al 2.15 % (praticamente al 2 %).

Quanto alla cura degli empiemi, Stewart (*Med. Record,* 23 ag. 1918) nei casi iniziali instilla 30-60 cmc. di soluzione al 0.2 % ogni due ore, per 24 ore; se non si hanno controindicazioni, passa poi alla soluzione 0.5 %, ed infine alla soluzione madre. Nei casi avanzati fa durare il passaggio del liquido giorno e notte, portando il volume complessivo del liquido a 80-100 cmc. ogni 2 ore.

Babchck, come si è riferito (fasc. 51 del 1918), innesta i tubi Carrel senza resecare le coste, a meno che l'essudato sia denso, cotennoso, concamerato.

Stewart preferisce di resecare sempre l'8ª e 9ª costola, sull'ascellare posteriore, per essere certo di vuotare tutte le sacche; applica 3-5 tubi Carrel in modo da essere certo di penetrare in tutta la cavità; ne controlla la buona sistemazione sotto i raggi X; li collega a due grossi tubi per l'afflusso e l'efflusso della soluzione; applica sulla pelle, protetta da unguento di ossido di zinco, compresse inumidite con la soluzione.

Nel 70 % dei casi questo A. ha avuto la chiusura spontanea *per primam* entro 3-7 settimane; negli altri casi attuò la sutura secondaria quando riconobbe che il liquido era divenuto sterile.

Qualche morte con tubercolosi miliare, ulcerazioni intestinali, adeniti cervicali, pericardite, mediastinite, peritonite. R. B.

(1043) *Oscillometro del Pachon.* — All'abb. n. 9605: In ogni trattato di cardiologia troverà una descrizione dell'apparecchio del Pachon; esso si può acquistare da Boulitte a Parigi; insieme con l'apparecchio si riceve una esatta istruzione sull'uso. *t. p.*

(1044) Al dott. A. F. da N.: Sulle malattie dell'addome per la parte medica potrà consultare i volumi 16-17-18-19-20 del Trattato di medicina e terapia di Gilbert e Thoinot, oppure il Mohr e Stahelin, entrambi tradotti in italiano.

Per la parte chirurgica il Le Dentre e Delbet. *t. p.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

SALVATORE GANGI. *Il colpo di calore.* Un vol. in-4° di circa 300 pag. — Officina tipografica V. Giannotta, Catania. Prezzo L. 8.

Si ritiene in generale che tutto sia noto sull'argomento trattato dall'A., mentre invece vaste lacune rimangono tuttora da colmare sulla patogenesi, sulla profilassi, sulla terapia, messe in luce dagli studî recenti sulla regolazione termica, sul comportamento dei muscoli lisci di fronte al calore, ecc.

Per l'importanza poi del sistema nervoso simpatico e degli organi da esso dipendenti, nella genesi del colpo di calore, l'A. si è occupato largamente dello studio fisiologico ed anatomo-patologico delle ghiandole endocrine, l'influenza delle quali si è dimostrata intimamente connessa con quella del simpatico, pur non trascurando lo studio anatomo-patologico del cuore e del polmone.

L'A., dopo avere dimostrato l'impossibilità di fare distinzione fra colpo di calore ed insolazione, accenna all'importanza della costituzione geologica del suolo nella genesi del colpo di calore. Nel meccanismo patogenetico di questa forma morbosa, uno degli elementi più importanti sarebbe l'asfissia.

Il libro si chiude con una larga trattazione sintomatologica ed una buona descrizione dei più importanti presidî terapeutici.

FIL.

DUFOUR PAUL. *L'ostéite chronique consécutive aux fractures par projectiles de guerre.* Un vol. in-8° di pag. 87. — Vigot Frères, éd., Parigi.

Con questo studio, basato essenzialmente su osservazioni personali, l'A. riconosce che l'osteite cronica è una complicazione frequente, sebbene di infezione attenuata, delle fratture aperte da proiettili di guerra. Essa si presenta sotto due forme principali: l'osteite con fistola e quella senza fistola.

La cura deve essere radicale, non un semplice raschiamento, ma un'ablazione larga del focolaio osseo e della sua fistola, fino ad arrivare al tessuto sano.

ini.

Pubblicheremo prossimamente:

U. CAMERA. *Sopra un metodo semplice e pratico per procedere alla correzione delle anchilosi fibrose angolari del ginocchio.*

A. PENNISI. *Sulla terapia del gozzo.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per il dopo-guerra del Corpo sanitario militare.

Su quest'importante problema un nostro collaboratore straordinario ha esposto una soluzione radicale ben meditata. Come al solito, a noi apriamo volentieri una libera discussione in proposito.

La Red.

L'articolo pubblicato nel fascicolo 4 gennaio della Sezione pratica del *Policlinico*: « Per il dopo guerra del Corpo sanitario militare », a parte la prematurità della discussione, se può approvarsi per il fine che si propone, lascia dubitare che i mezzi formulati siano i più atti al conseguimento del fine stesso.

Che cosa si desidera infatti? la creazione di un Corpo sanitario militare di capacità tecnica indiscussa? Ebbene, per i bisogni del tempo di pace basterebbe che tutti, o almeno la massima parte degli ufficiali medici, e non soltanto una piccola frazione di essi, come finora purtroppo è avvenuto, fossero comandati indistintamente a frequentare una delle cliniche universitarie, secondo le proprie inclinazioni, per un biennio almeno, e che le promozioni ai gradi superiori fossero fatte per concorso tenendo un certo conto dell'anzianità.

Basterebbe inoltre, che non si obbligasse soltanto una certa categoria di ufficiali a rimanere per tutta la carriera lontano dai centri di cultura a vantaggio di coloro che, più fortunati, riescono a conseguire quasi tutti i gradi della gerarchia nella sede stessa, in quella preferita.

Non si dimentichi poi, che il vero compito del medico militare è principalmente di organizzazione, medico-legale, amministrativo, più che tecnico. Sotto le armi arrivano individui già selezionati attraverso tre visite: presso i Consigli di leva, i Distretti, i Corpi, in età giovane e sani. Poche sono le forme patologiche ch'essi offrono alla cura, e per le stesse non si richiedono grandi competenze tecniche.

Nè si obbietti che il Corpo sanitario militare più che per il tempo di pace deve esser preparato per la guerra, perchè, come s'è visto nella terribile conflagrazione europea, l'opera dei medici militari se è stata lodevolissima ed encomiabile, si è del pari dimostrata numericamente inadeguata ai bisogni enormi che un esercito di milioni di combattenti e la lunga durata e la terribile cruenza della lotta hanno creato.

Senza l'opera di quasi tutti i medici civili richiamati alle armi, l'organico del Corpo sanitario militare non avrebbe potuto provvedere che in parte trascurabilissima ai reali bisogni.

E ciò ch'è avvenuto in questa guerra si ripeterà inesorabilmente nelle guerre future. Sarà sempre sui medici civili che si dovrà contare, e fra essi non mancano certo speciali competenze sufficienti ai bisogni. Occorrerebbe solo opportunamente impiegarle perchè rendessero i migliori servigi. Agli ufficiali medici effettivi dovrebbe essere affidato il compito, in generale, di organizzazione, di amministrazione e medico-legale.

Col migliorare la cultura scientifica e pratica di tutti gli ufficiali medici non solo non vi sarebbe bisogno di creare la categoria dei *medici ospedalieri* con ruolo a sè, ma si potrebbero abolire molti ospedali militari, potendo bastare per la cura della maggior parte degli ammalati i medici stessi addetti ai corpi.

Il ruolo degli ufficiali medici ospedalieri, poi, non farebbe che creare una categoria di *privilegiati*, che, oltre ai vantaggi della inamovibilità dalla sede preferita, avrebbe quelli di poter occupare quasi la totalità dei posti relativi ai gradi superiori.

Dovendo tali posti infatti, conseguirsi per concorso ad esami e per titoli, gli ufficiali ospedalieri avrebbero un enorme vantaggio su quelli addetti ai Corpi di truppa, cui la lontananza dai veri centri di cultura e la eccessiva mobilità della sede hanno impedito l'acquisto di quei titoli stessi che si richiedono nei concorsi per i gradi superiori.

È facile intuire, per conseguenza, come nel Corpo sanitario militare verrebbe a crearsi una specie di Corpo di stato maggiore sanitario, che acquisterebbe il sapore di una casta chiusa e chiusa bene.

Ed in verità non si potrebbe approvare un simile provvedimento che aggraverebbe il malcontento, già notevole oggi, di numerosi ufficiali entrati in carriera con eguali titoli e che sono stati lungamente tenuti nella impossibilità di portare la loro cultura professionale ad un livello desiderato, non per colpa propria, ma per ragioni non sempre confessabili.

E non basta affermare che i concorsi permetterebbero ai medici addetti ai Corpi di passare nel ruolo *ospedaliero*, potendo perfezionarsi con la frequenza periodica presso i centri ospedalieri, perchè a tutti è nota la difficoltà di tenere convenientemente dietro ai progressi della scienza se non si ha modo di poter proficuamente studiare.

V.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei medici di Porto Maurizio

L'Ordine dei medici di Porto Maurizio ha tenuto a Sanremo un'assemblea straordinaria indetta dal Commissario Prefettizio dott. Fischetti. Questi commemorò all'inizio, con elevate parole, i soci defunti dottori Tebaudi, Tamagni e Orengo, e illustrò il Resoconto morale, che venne approvato all'unanimità.

L'assemblea, dopo ampia discussione sull'aumento della tariffa minima, deliberò di raddoppiare tutte le tariffe per prestazioni mediche.

Trattandosi poi del « Minimo di stipendio per i medici condotti » il Commissario Prefettizio dichiarò che, date le condizioni eccezionalissime degli stipendi miseri dei medici della Provincia di Porto aMurizio, si è creduto in dovere di mettere questo capitolo all'ordine del giorno, invadendo forse il campo di azione dell'Associazione Nazionale M. C. Ciò ha egli fatto sicuro di ottenere l'assenso del presidente, ed anche perchè si augura che la Sezione Provinciale dei medici Condotti abbia a ricostituirsi, onde ottenere ai benemeriti medici condotti della Provincia quelle soddisfazioni cui hanno diritto.

Dopo discussione furono approvati i seguenti:

I. — L'Assemblea ecc...

«Considerato che per legge non debbono mai esistere condotte piene, invita il Commissario Prefettizio a far pratiche presso le Autorità onde trasformarle al più presto possibile in condotte residenziali;

« Fa voti perchè lo stipendio minimo di condotta residenziale sia fissato a non meno delle quattro e cinque mila lire annue, oltre le indennità di cavalcatura, di alloggio, ecc. per le condotte che hanno frazioni distanziate; e ciò perchè colui al quale nella Terza Italia è affidata la vigilanza di ciò che al mondo vi è di più prezioso, venga tolto dalla attuale sua misera condizione ed elevato a quella che di diritto gli spetta come primo cittadino del Paese nel quale esercita la più nobile delle missioni;

« E fa voti acchè le condotte mediche passino alle dipendenze della Provincia o meglio dello Stato, come i maestri comunali ».

II. — « L'Assemblea, ecc...

« Considerato quanto sopra si è votato, sia per l'aumento delle tariffe, sia pei medici condotti, tenuto presente che anche gli stipendi degli addetti alle Opere Pie non sono corrisopndenti ai critici momenti attuali, delibera che gli stipendi dei Medici delle Opere Pie siano raddopiati fissando un minimun di stipendio in lire 5000 per i direttori degli Ospedali, di lire 4000 per gli aiuti e di lire 3000 per gli assistenti ».

ATTI PARLAMENTARI.

Per la cultura scientifica.

Il senatore Righi ha presentato alla Presidenza del Senato un'interrogazione al Ministro della pubblica istruzione « per sapere, se crede opportuno ed urgente il prendere radicali provvedimenti atti a rimuovere gli ostacoli che rendono spesso impossibile, sempre difficile e penoso, il dedicarsi alla Scienza pura, da parte di coloro che per indole od attitudini speciali vi sarebbero chiamati, con evidente progressivo abbassamento dell'alta coltura, e conseguente danno delle stesse scienze applicate nonchè della prosperità nazionale ».

Sulla gestione degli infortuni in agricoltura.

L'on. Dugoni ha presentato al Ministro della industria, il commercio e il lavoro la seguente interpellanza:

« Chiedo interpellare il Ministro dell'industria, commercio e lavoro sui criteri che intende seguire il Governo nella concessione dell'autorizzazione alle Mutue Assicuratrici per gli infortuni agricoli, preesistenti al marzo 1917, data la scomparsa nel regolamento 21 novembre 1918, n. 1889 per l'applicazione del Decreto Legge 23 Agosto 1917, n. 1450, sull'assicurazione obbligatoria in agricoltura, di ogni norma che fissi i limiti dell'esercizio precedente delle Mutue stssse e la prevalenza delle Assicurazioni agricole facoltative ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7622) *Dimissioni dal posto di medico condotto e di ufficiale sanitario - Pensioni.* — Dott. A. L. da S. — Dalla carica di medico condotto si può sempre dimettere osservando le norme all'uopo eventualmente inserite nel capitolato o nel regolamento interno di servizio. Però non potrà lasciare di fatto il servizio se prima il Consiglio Comunale non si sarà pronunziato in merito delle dimissioni. Non è obbligatorio dimettersi contemporaneamente dalla carica di medico condotto e da quella di ufficiale sanitario, potendosi rifiutare la prima e mantener la seconda. Da solo uffiicale sanitario si può continuare la iscrizione alla Cassa di previdenza liquidando la pensione in identica misura. Gli anni di servizio di medico a scavalco non sono valutati nella pensione perchè per questa valgono i soli anni fatti a seguito di nomina regolare ed il medico a scavalco non ha nomina regolare perchè non ha sostenuto concorso.

(7623) *Medico militare comandato in servizio civile.* — Dott. A. C. da A. Noi crediamo che obbligo esclusivo del medico avvicendato sia quello di prestare servizio comunale nella stessa

guisa che lo prestava prima della chiamata alle armi. A tale servizio corrisponde lo stipendio che riscuote dalla Amministrazione militare che è, a sua volta, rivaluta da quella municipale. Or se, oltre il servizio obbligatorio, presta anche servizio facoltativo, come nel caso presso gli abbienti, non vi ha ragione per cui non debba da questi percepire il relativo onorario. Diversamente operando, vi sarebbe una gratuita elargizione di servizio medico a coloro che non sono poveri e che non hanno alcun titolo per non pagare il medico.

(7624) *Pensione.* — Dott. C. S. da C. di C. Con 56 anni di età e 30 di servizio liquiderà la annua pensione di lire 1324. Per ottenere la pensione deve rivolgere domanda in carta da bollo allo Ufficio provinciale sanitario e deve unire alla domanda l'atto di nascita, l'originale laurea o copia notarile di essa, uno stato di servizio compilato su modulo a stampa fornito dalla Direzione generale degli Istituti di previdenza, gli atti di nomina, di aspettativa, di licenziamento o di dimissioni ed un certificato del Sindaco comprovante i periodi di prestazione del servizio con a tergo l'elenco degli stipendi annui percepiti.

(7626) *Pensioni - Computo del periodo utile per conseguirla.* — Dott. G. B. da S. F. Nel computo del periodo utile per la pensione non possono essere inclusi i due anni di servizio militare obbligatorio prestati nel 1894 perchè essi furono prima della istituzione della Cassa di Previdenza. Per la stessa ragione non possono essere calcolati i dieci mesi di interinato. Ella può, quindi, fare valere i 21 anno e 4 mesi di condotta ed i 9 mesi e 10 giorni di servizio militare prestati ora, ma questi ultimi solo ed in quanto valgano ad abbreviare il termine stabilito per acquistare il diritto, tranne se nel frattempo non abbia seguitato a pagare il contributo prescritto. Ad ogni modo ora avrebbe un periodo di servizio di 22 anni ed un mese. Per liquidare la pensione occorre prestare servizio ancora per due anni e cinque mesi. La pensione che liquiderà è di annue lire 799.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. A. S. da C.:

L'indennità speciale di arma le compete, come le spettano tutti gli altri assegni.

Se le viene negata, Ella può avanzare regolare reclamo per via gerarchica.

All'abb. n. 842:

Se ella ha prestato cumulativamente un anno di servizio non vi è ragione che le vengano negate le competenze cui ha diritto. Ne rivolga domanda al Corpo presso il quale ha prestato servizio.

Al dott. V. V. da P.:

Le spettano i due mesi di stipendio e le altre indennità annesse, ed ella dovrà fare la sua domanda al Corpo presso il quale ha prestato servizio.

All'abb. n. 7952:

Occorre che il suo esonero venga richiesto al Ministero per mezzo dell'autorità prefettizia. Ella quindi non deve personalmente fare alcuna pratica, ma è il Comune al cui servizio ella si trova che deve rivolgere alla Prefettura la domanda del suo esonero.

All'abb. n. 276:

L'ottenuto esonero non infirma il suo diritto a percepire l'indennità per i quaranta mesi passati in servizio.

Ella deve farne domanda esponendo il suo stato di servizio pel tramite del Distretto al quale appartiene.

All'abb. n. 6976:

Legga la risposta data all'abb. n. 276.

M. G.

Appello alla pietà delle famiglie dei medici.

Sottoscrizione per una giovanetta orfana di un medico:

Riporto (come dal precedente fasc. 8)	L.	145
Prof. Vittorio Ascoli (Roma)	»	25
Prof. Ettore Marchiafava (Roma) . . .	»	25
Dott. Plinio de Giuli (Asigliano Verc.)	»	10
Signora Matilde de Giuli (Id. id.) . . .	»	10
Dott. Carlo Succi (Mombercelli d'Asti).	»	10
Signora Cary Succi (Id. id.)	»	10
Dalla madre del dott. Michele Bianchi, morto per la grandezza della patria (Castelcampagnano)	»	10
Signora Giuseppina De Dominicis (Caramanico)	»	10
Da una socia della Croce Rossa (Id.) . .	»	5
Signora Dina Pangrazio Frassi (Palazzolo sull'Oglio)	»	5
Signora Teresina Chiminello (Id.). . .	»	2
Dalla Direzione di Sanità del Comando VIII Corpo d'armata (Zona di Guerra)	»	10
Signora Ines Montanari (Milano) . . .	»	10
Signora Celia Accolti Gil (Colle Val d'Elsa	»	5
Signora Emilia Cataldi (Allumiere) . .	»	5
Signora Maria Meriggio Garresio (Mondovì Piazza)	»	5
Signora Carolina Del Guerra (S. Maria a Monte)	»	5
Dott. Nicola Vaccino (Stroppiana) . . .	»	5
Dott. Vittorio Ricci (Castell'Ottieri) . .	»	5
Signora Franceschina Bianchi in Maddalena (Pettorazza)	»	5
Dott. Eligio Pasino (Mirabello Monferrato)	»	5
Dott. Lorenzo Verney (Roma)	»	5
Dott. Giuseppe Mortari (Milano) . . .	»	5
Dott. Matteo Barbera (Oneglia)	»	3
A riportare. . .	L.	340

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ.

Ad unanimità assoluta la Facoltà medica di Roma ha chiamato il prof. Augusto Ducrey, dell'Università di Genova, a coprire la cattedra di clinica dermosifilopatica lasciata vacante dalla morte del compianto prof. Campana.

Dell'illustre clinico e scienziato parleremo in un prossimo numero.

Sono promossi ordinari i proff. Citelli Salvatore di otorinolaringoiatria a Catania; Ghilarducci Francesco, Maragliano Mario Vittorio e Sgobbo Francesco Paolo, di elettroterapia e radiologia medica rispettivamente a Roma, Genova e Napoli; Putti Vittorio di clinica ortopedica a Bologna; Rossi Baldo di clinica traumatologica a Milano; Ruffini Angelo di istologia e fisiologia generale a Bologna.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Canalini Giuseppe in patologia medica a Bologna; Cassioli Cassio in clinica chirurgica a Siena; Delfino Emanuele Alberto di patologia chirurgica a Genova; Ortona Cesare in patologia medica a Roma; Scarapellini Andrea in batteriologia a Napoli.

Il prof. comm. Eugenio Cassini, chirurgo primario nell'Ospedale S. Giacomo in Roma, è stato insignito della Croce dei SS. Maurizio e Lazzaro, per l'opera intelligente e proficua da lui prestata come consulente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni. Rallegramenti.

CONDOTTE E CONCORSI.

SASSOCORVARO (Pesaro-Urbino). — Cercansi due medici-chirurgi interini che verrebbero retribuiti con lo stipendio annuo netto di lire 6000 ciascuno, oltre lire 1500 per indennità di cavalcatura equina obbligatoria. Rivolgersi al sindaco.

ZAFFERANA-ETNEA (Catania). — Il Comune di Zafferana-Etnea (Catania) con popolazione 6000 abitanti, sito ridentissimo, vicino Catania, con la quale è in comunicazione mediante servizio automobilistico, offre interinato per un periodo di almeno sei mesi, e per lire 300 al mese, oltre caro-viveve, per servizio condotta medica. Rivolgersi al R. Commissario straordinario.

MILANO. — *R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.* — Sono banditi i seguenti concorsi a premio:

Fondazione Fossati. Tema: Illustrare con ricerche personali qualche fatto di anatomia macro o microscopica del sistema nervoso degli animali superiori.

Scadenza 1° aprile 1919, ore 15. Premio L. 2000.

Fondazione Sècco-Comneno. Tema: Sulle modificazione indotte dal pneumotorace nel polmone normale e nel tisico.

Scadenza 1ª aprile 1919, ore 15. Premio lire 864.

Fasc. 8, pag. 246, destra, linea 15ª, leggere: contrazioni.

MEDICINA SOCIALE.

Per l'assistenza ai tubercolotici di guerra.

Riceviamo ora la relazione che il comm. A. Lutrario, direttore generale della Sanità Pubblica, presentò nel luglio 1918 su questo tema al Consiglio amministrativo dell'Opera Nazionale per la protezione e l'assistenza degli invalidi della guerra. Essa venne motivata da un D. L. in data 4 aprile 1918, il quale ebbe ad includere la tubercolosi tra le cause d'invalidità di guerra.

Riportiamo molta parte della documentata e pregevolissima relazione, edita a cura dell'Opera Nazionale.

L'Italia era un paese dei meno vulneráti dal mal sottile. Non seconda che al Belgio, trovavasi alla pari dell'Inghilterra, del Paese di Galles e dell'Olanda, ed in condizioni migliori di tutti gli Stati della Confederazione Germanica, della Scozia, dell'Irlanda, della Francia — di tutte le altre Nazioni di Europa in una parola — e sovratutto dell'Austria e dell'Ungheria, la quale ultima ha un quoziente di morbilità quasi triplo di quello dell'Italia.

Non solo, ma il fenomeno mostrava una non dubbia tendenza a diminuire. Dal 1887 al 1914 — l'anno in cui ebbe inizio il conflitto delle Nazioni — erasi avuta una diminuzione complessiva del 32 per cento nella mortalità per tubercolosi in tutte le sue forme; — e del 24 per cento nella mortalità per sola tubercolosi pulmonare: la forma più grave, quella che più interessa nei riguardi della difesa sociale.

Diminuzione, questa, che assume uno speciale rilievo quando si tenga conto dei progressi realizzati dalla diagnosi; progressi che negli ultimi anni della serie hanno esercitato una decisiva influenza sull'aumento della cifra complessiva dei morti, eliminando la fonte di dispersione di materiale statistico, che si aveva da principio, quando una non piccola parte dei morti per tubercolosi passava, anzi veniva dissimulata, sotto la denominazione di « pulmonite cronica », di « affezioni della pleura ».

Ma il modo di essere del fenoméno acquista, nei riguardi epidemiologici, una significazione più profonda, per poco che lo si metta a raffronto con taluni fattori della vita sociale, quali:

l'*inurbamento* più accentuato nel nostro Paese che nelle altre Nazioni di Europa;

l'*emigrazione,* inesausta sorgente di contagio tubercolare. Uno studio del Ronzoni ci rivela che i nostri emigranti nel periodo 1903-908 tornavano dall'America del Nord infetti nella proporzione del 3.94 per mille;

l'*alcoolismo,* che ha come una affinità simbiotica con la tubercolosi;

l'*afflusso di infermi stranieri* accorrenti nelle nostre stazioni climatiche;

lo *sviluppo industriale,* che, con le nuove cospicue fonti di ricchezza, ha creato anche nuove sorgenti di pericolo per la salute collettiva.

Ora, questo insieme di fattori non solo non era valso ad elevare la forza espansiva del fe-

nomeno, ma nemmeno ad intercettare la fase discendente. Il che dimostra alla evidenza che vi sono stati compensi contrapposti e prevalenti sulle cause di aumento.

* * *

Tale fortunata condizione di cose, oltre che alle condizioni di privilegio del nostro clima, teneva al complesso delle leggi sociali del nostro Paese, e sovratutto alla legislazione sui risanamenti.

La tubercolosi oggi più che mai viene considerata una malattia legata alla casa ; e l'attenzione dei Governi, più forse che in passato, si volge ai risanamenti.

Presso tutti i paesi, ma sovratutto in Inghilterra ed in America, si è determinato un forte movimento della pubblica opinione in questo senso.

Noi eravamo sulla buona via.

* * *

Tale era la fortunata condizione del nostro Paese nel 1914 — anno di bassissima mortalità — quando l'Europa fu sconvolta dall'immane conflitto.

La guerra ha agito per diverse vie.

I disagi, i patemi, le ansie, le vicissitudini ambientali, le fatiche, le condizioni dei ricoveri necessariamente non sempre idonei, dovevano esercitare una ineluttabile influenza depressiva su molti organismi, fiaccandone i poteri di resistenza. La trincea è un vaglio che rinsalda i forti, ma spesso travolge i deboli.

Una fonte assai cospicua, che alimenta gran parte della tubercolosi tra i militari, è data dalle forme latenti dell'infezione all'atto dell'arruolamento.

Gli infermi precipitano verso le fasi più gravi del male.

Sottratti al loro ambiente familiare, sottoposti al regime della guarnigione, non sempre bene accasermati, assoggettati anche talvolta a lunghi e pesanti servizi, esposti alle intemperie, questi poveri esseri piegano ben presto, sotto il peso di condizioni di vita soverchianti, la loro esigua energia fisica. I poteri di resistenza cedono, lo scompenso fisiologico non tarda a manifestarsi, le barriere che arginano il male cadono, e la infezione — fino ad allora latente — irrompe spesso con violenza impressionante. La tubercolosi chiusa guaribile, si trasforma ben presto in tubercolosi aperta, il più delle volte inguaribile.

Questa condizione già di per sè grave, è stata resa più grave ancora dai criteri sempre più severi nelle riforme; criteri adottati sotto l'assillo della pubblica opinione impressionata dalle voci di imboscamenti.

Per effetto di tale inasprimento — e, per un certo tempo, in difetto pure di organi adeguati di accertamento — l'afflusso dei tubercolosi — anche all'infuori delle forme latenti — è stato maggiore che d'ordinario.

Ciò era ben naturale, nella considerazione che le ventisei classi chiamate alle armi — dal 1874 al 1900 — traggono dai gruppi di età maggiormente vulnerati dalla malattia.

Ma questa non è la tubercolosi di guerra. Essi non sono i *blessés de la tuberculose* nel senso vero della espressione. Essi sono, invece, una aliquota dello stuolo di infermi preesistenti, taluni dei quali, persino senza neanche soggiacere a cause speciali di debilitamento dovuto al servizio, e, dopo aver scontato uno o più periodi di osservazione, dopo aver soggiornato in uno o più ospedali, dopo aver fruito di uno o più periodi di convalescenza, finiscono per essere riformati.

L'aumento per questa parte è apparente. È la tubercolosi del paese che, tratta dall'ombra, si palesa alla luce per effetto della guerra.

Viene ultima la prigionia di guerra.

La quale ha agito:

pel fatto che l'Austria è uno dei paesi più duramente provati dalla infezione;

per l'affollamento nei campi di concentramento;

per profondo difetto alimentare;

per la penuria di presidî medici;

per la insufficienza di assistenza medica;

per le dure condizioni di lavoro, congiunte ai maltrattamenti.

* * *

Questi, i fattori del ritmo più vasto della tubercolosi nel periodo di guerra.

Quanta parte spetti a ciascuno non possiamo dire, poichè il materiale statistico ancora grezzo ed incompleto non ci consente questa discriminazione che in modo assai imperfetto.

Fino a pochi mesi or sono non si avevano che rari frammenti statistici.

Ora, però, dopo la costituzione al centro di un ufficio statistico presso il Ministero della Guerra, e dopo la provvida istituzione delle stazioni di accertamento diagnostico alla periferia, si comincia a diradare la tenebra e noi abbiamo la possibilità di un qualche orientamento.

La ricerca sul numero dei riformati, come indice rivelatore del grado di diffusione della malattia nell'esercito, fu tolto a base della investigazione.

Pel 1915 sono registrate 1224 riforme per malattie in genere dell'albero respiratorio.

Pel 1916, ne sono registrate, invece, 3639.

Nel 1917 — terzo anno della serie — i dati cominciano ad essere più indicativi.

In luogo della voce generica di « malattie dell'apparato respiratorio » si hanno due voci: tubercolosi pulmonare e broncoalveolite.

Per la prima si ebbero in detto anno 6671 riforme; mentre per la seconda se ne ebbero 2677; con un totale di 9348 per le due forme insieme calcolate.

Nei riguardi della broncoalveolite, è probabile che la maggior parte dei riformati per questa malattia rientri nel novero della tubercolosi, ma non tutto il contingente si può immedesimare col processo tubercolare.

Vi è quindi un errore in eccesso nel calcolo. Ma, il materiale più sicuro è dato dalle riforme che dal maggio 1917 in poi — cioè dalla creazione dei centri diagnostici — sono passate attraverso il vaglio degli organi di accertamento.

Le riforme per tubercolosi da quella data, sono in numero di 6155 sino al 31 dicembre 1917.

Anche per questo gruppo si può obbiettare di aver considerato — in blocco — tutte le forme

tubercolari, anche quelle chirurgiche o di organi diversi dal pulmone.

Comunque, il gruppo, desta un interesse maggiore che non il precedente materiale statistico. Sul totale di 6155, si hanno 1889 iscritti di leva, e 4266 militari già incorporati nell'esercito. Una terza parte, cioè, di tutto il contingente è costituito da individui che non hanno prestato servizio militare: proporzione questa che si accresce fino a raggiungere e sorpassare la metà di tutto il contingente, se si considerano anche i soggetti riformati poco dopo l'arruolamento i quali assai verosimilmente avevano la malattia in atto, al momento della chiamata alle armi.

Essi non costituiscono la nuova falange dei tubercolosi; ma sono infermi preesistenti nel paese, i quali sono venuti in luce solo per effetto della chiamata alle armi. Essi, quindi, costituiscono un gruppo non geneticamente connesso alla guerra.

Quanto al ritmo con cui è avvenuta la eliminazione dei tubercolosi dall'esercito, dopo i primi quattro mesi di funzionamento (maggio-agosto 1917) la vicenda di eliminazione — non ostante la maggiore efficienza funzionale dei varî istituti — comincia a divenire più lenta.

Tolti gli iscritti di leva, si vede che il numero dei militari già incorporati e successivamente eliminati diminuisce di un terzo.

Agosto	619
Dicembre	442

Fatto, questo, confortevole, connesso con tutta probabilità con la funzione stessa dei centri diagnostici, i quali avrebbero agito come da « sfioratori », cioè come organi di epurazione, eliminando dall'esercito il contingente tubercolare accumulatosi, per difetto di organi di accertamento nei mesi precedenti.

I riformati per tubercolosi durante i primi due mesi del 1918 furono 726 nel mese di gennaio e 962 nel mese di febbraio. Ma tale aumento sembra in gran parte apparente, in quanto sarebbe dovuto alla *chiamata alle armi ed assegnazione delle reclute provenienti dai già riformati e rivedibili di tutte le classi chiamate alle armi dal* 1874 *al* 1899, *iniziatasi nel mese di gennaio.*

Rimane compreso, perciò, nelle cifre sopracitate un contingente di persone visitate e giudicate in precedenza e che avrebbero avuto, nell'ultima visita di revisione, la conferma definitiva della malattia, che aveva già determinato il giudizio di riforma.

Il numero degli iscritti di leva, non incorporati nell'esercito per effetto di tubercolosi, tende a crescere. Mentre nei primi mesi il loro numero si è mantenuto al disotto di 100, nei mesi successivi aumenta considerevolmente raggiungendo la cifra di:

427	in ottobre
560	in novembre
393	in dicembre

Altro fatto confortevole, il quale sta a dimostrare l'alto valore funzionale degli istituti di accertamento, i quali non solo hanno funzionato come organi di epurazione, ma anche come organi inibitori, limitando, non ostante l'accennato rigore nei criteri di riforma, l'afflusso dei tubercolosi nell'esercito.

Queste considerazioni non hanno che un valore di semplice orientamento.

***

Il campo, però, nel quale regna la maggiore oscurità statistica è tuttora quello della prigionia nemica.

Noi sappiamo che hanno diritto ad essere considerati invalidi quei militari tubercolosi i quali abbiano contratto la malattia in zona di guerra, nella quale anche le cause occasionali — come si è detto — hanno per legge dignità di causa determinante. Si intende per zona di guerra anche il territorio di prigionia nemica.

Per conoscere quanti sono, basterebbe poter sceverare i tubercolosi che hanno contratto la malattia in zona territoriale da coloro che l'abbiano contratta in zona di guerra, e che abbiano, di conseguenza, ottenuto la dichiarazione di invalidità.

Questa selezione, per ora, non è possibile di fare. I dati, che sono in nostro possesso, non ci consentono che questa sola generica illazione: *il numero di coloro che appartengono alla categoria degli invalidi deve essere elevato.*

***

Dati, sempre più esatti, va raccogliendo l'ufficio statistico presso il Ministero della Guerra e ce ne daranno l'Opera Nazionale, i Comitati provinciali antitubercolari, l'Associazione degli invalidi, ecc.

Comunque, abbiamo la sensazione della gravità della situazione. A fronteggiare la quale occorre indagare quale sia la reale efficienza dei nostri apprestamenti.

Un ordine di dati anzitutto e sovratutto interessa in questo momento: *conoscere la potenzialità di ricovero* dei congegni: — su quanti letti si può contare nelle formazioni di tipo sanatoriale per le forme lievi, curabili; su quanti letti si può contare nelle formazioni di tipo ospedaliero (tubercolosarî) per le forme gravi.

***

Prima della guerra il Paese disponeva di poco più che 4.000 letti, distribuiti in:

10 sanatorî
7 tubercolosarî
54 sezioni ospedaliere.

La guerra ci ha portato via una parte di questa disponibilità, che ha avuta altra destinazione.

E lo strumento, congenitamente impari al bisogno, era divenuto più che mai inadeguato, per le necessità cresciute.

L'urgenza di una forma diretta e più decisa di intervento statale si palesava ineluttabile.

Venne il Decreto-legge 26 luglio 1917, n. 1231, il quale contiene due ordini di provvidenze.

Il primo riflette essenzialmente le forme ambulatorie di assistenza e di prevenzione sociale. Caposaldo del sistema: il dispensario antitubercolare, e la stazione per la diagnosi precoce della malattia.

Il secondo ordine riguarda i luoghi di ricovero ospedaliero, ai quali precipuamente si volge il pensiero del legislatore.

A questo fine, metteva a disposizione ventitrè milioni, elevabili a trenta per effetto della legge 25 giugno 1911, n. 586.

Questo atto del Governo ebbe nel paese una larga eco di plauso e di consenso. Ma non mancarono voci isolate di dissenso.

Le quali voci provenivano sovratutto da una incompleta comprensione della intima essenza dell'atto legislativo.

Il quale va interpretato non soltanto in sè e per sè: ma nelle sue connessioni logiche e giuridiche con le pregresse disposizioni, di cui nella cennata legge 25 giugno 1911, n. 586, nell'altro Decreto Luogotenenziale 28 gennaio 1917, n. 190.

Questa disamina di correlazione fra le varie disposizioni regolatrici della materia ci mostra di quante forme si sia arricchita l'azione sovventiva dello Stato, adattandosi a tutte le gradazioni di opere, definitive, come provvisorie; di nuovo impianto, come di semplice adattamento; in piccoli centri come in grandi centri; di piccola mole come anche di una certa mole, purchè contenute nei confini modesti di una grande austera semplicità, secondo la inderogabile idea che informa la essenza delle varie disposizioni.

Queste forme sovventive possono materiarsi:

nel mutuo senza interessi di lire 200,000, elevabile a lire 240,000 col mutuo suppletivo;

nel mutuo ad interesse ridotto del 2 per cento, di lire 100,000, elevabile a lire 120,000;

nel sussidio di impianto una volta tanto, di cui all'articolo 8 del Decreto Luogotenenziale 1° agosto 1915, n. 1188, usufruendo in modo assai ingegnoso di tutti i residui attivi derivanti dalla maggior parte dei capitoli dei mutui, non completamente inariditi durante l'esercizio;

e finalmente nel sussidio in natura con unità ospedaliere mobili — arredamenti, suppellettile tecnica, congegni di disinfezione, ecc.

Non solo — ma la più larga applicazione dei beneficî domina il sistema — nel senso di consentire la sovrapposizione delle quattro categorie di beneficî stessi, per modo che, in singoli casi, le diverse forme sovventive sommandosi insieme possano raggiungere un limite abbastanza elevato di aiuto.

Ciò che permette anche una possibilità completa di graduare il contributo, adattandolo alla estesa gamma dei bisogni locali, più o meno intensi, più o meno diversi, per loro natura.

* * *

Malgrado ciò, le difficoltà dell'ora soverchiarono l'attesa, tutto che vigile ed operosissima, del Governo.

Le provvide iniziative s'infrangevano contro difficoltà insormontabili di materiali, di trasporti, di mano d'opera. La spesa di giorno in giorno saliva con vicenda geometrica, raggiungendo limiti inaccessibili alle risorse, pure armate della più oculata prudenza, del più alacre buon volere.

Intanto, l'incalzare degli eventi suggeriva nuove provvidenze, in parte effettuate con intese fra le varie amministrazioni; in parte derivanti da un nuovo atto di carattere legislativo.

Il nuovo programma si sostanziava nei seguenti punti:

1° restituire alla loro primitiva funzione le formazioni ospedaliere, che ne erano state distolte per parare ad altre necessità;

2° ordinare nuove sezioni ospedaliere con adattamenti semplici di pronta attuazione;

3° riunire in un fascio i congegni militari e civili affinchè tutti servissero alla lotta contro la insidia della malattia;

4° utilizzare in questo campo e nella più larga misura possibile l'armamento della Sanità pubblica, opportunamente rinforzato da nuove unità.

(Continua).

NOTIZIE DIVERSE.

Un congresso mondiale della Croce Rossa.

La conferenza dei presidenti della Croce Rossa degli Stati Uniti, della Francia, dell'Inghilterra, dell'Italia e del Giappone, tenuta a Parigi negli scorsi giorni, ha deciso la costituzione di un comitato della Croce Rossa il quale dovrà elaborare il programma di una più larga attività.

Il programma compilato dal comitato sarà sottoposto alla approvazione del Congresso mondiale della Croce Rossa. Esso riguarderà le questioni dell'igiene generale, della tubercolosi, e del benessere e dell'igiene di fanciulli.

A Ginevra avrà sede un ufficio permanente il quale trasmetterà alle società nazionali della Croce Rossa il programma generale di azione. La realizzazione del progetto che Davidson ha esposto in un banchetto offerto alla stampa alleata, favorirebbe la fratellanza dei popoli e servirebbe alla causa della Lega delle Nazioni. Durante il banchetto, Davidson ha letto lettere di Clemenceau, Lloyd George e Sonnino.

La Croce Rossa americana dal Re.

Il 22 corr., anniversario di Washington, giorno sacro per l'America, la Commissione della Croce Rossa Americana in Italia, formata dei maggiori Fuller, Hereford, Aldrich, Seeville, Bartlette e Reth, è stata ricevuta dal Re, il quale esaltò con parole di viva ammirazione e profonda gratitudine l'opera efficace e multiforme svolta dalla Croce Rossa Americana durante la guerra.

I rappresentanti della Croce Rossa Americana offrirono al sovrano un magnifico album legato in pelle ed oro con le fotografie prese in varie località dove la loro attività si era svolta. Pronunciò un breve discorso il maggiore Fuller.

Per la riforma dell'assistenza infermiera.

Volendo procedere alla riforma dell'importante servizio dell'assistenza infermiera in Italia, il Ministero dell'Interno, d'accordo col Consiglio dei ministri, ha nominato una Commissione per visitare i centri d'Ospedali più importanti, e riferire in una relazione da presentare al Ministero, suggerendo le opportune proposte.

Questa Commissione ha visitato finora i principali ospedali di Milano, Torino, Genova, Roma, Firenze, Pistoia, Catania e Palermo.

Delle relazioni il Ministero dell'Interno si gioverà per regolare con unico sistema di arruolamento, di pagamento e di disciplina, l'importante servizio.

Il contributo obbligatorio pel Collegio degli orfani a Perugia.

È stato pubblicato un D. L. n. 1724 che eleva da sei a dieci lire il contributo annuo dei sanitari per il Collegio Convitto pei loro orfani, che ha sede in Perugia.

La Cassa Nazionale Infortuni a Trento.

Nel provvedere al riordinamento amministrativo nel Trentino, il Segretariato Generale Affari Civili, pose in prima linea il funzionamento delle Assicurazioni Sociali; onde con Ordinanza del 23 dicembre 1918 del Comando Supremo fu affidato, in regime di esclusività, alla Cassa Nazionale Infortuni, l'esercizio dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro nelle terre redente.

La Cassa Nazionale Infortuni ha quindi istituito a Trento la sede di un Compartimento di assicurazione per il Trentino e l'Alto Adige.

Per le opere antitubercolari.

Il Comitato Regionale di Mobilitazione Industriale per il Piemonte, comunica un primo elenco di offerte ad esso pervenute a favore dei tubercolosi della Croce Rossa Italiana, con un totale di L. 210,000.

La Banca Commerciale, il Credito Italiano e la Banca Italiana di Sconto hanno versato al Comitato Regionale di Milano la somma di L. 100,000 ciascuno, per il Sanatorio di Cuasso al Monte.

La famiglia Toselli di Malnate ha inviato all'Istituto climatico della C. R. I. di Cuasso al Monte L. 25,000 per onorare la memoria di un parente caduto sul campo della gloria.

Il totale delle offerte pervenute al Comitato della C. R. I. di Viggiù per il Sanatorio di Cuasso ol Monte è di L. 14,181.39.

Per l'assistenza ai militari tubercolosi e per la lotta antitubercolare sono state raccolte dal Comitato della C. R. I. di Verona L. 14,305.60; dal Comitato di Ancona L. 27,849.75; dal Comitato di Bari L. 22,730.16.

Per le refezioni scolastiche.

Il Ministero dell'Interno ha ottenuto da quello del Tesoro dieci milioni che sono stati messi a disposizione dei prefetti, per venire in aiuto dei comuni e degli altri enti, patronati, asili, ecc. che hanno istituito o intendano istituire la refezione scolastica.

Come nell'anno scorso, i provveditori avanzano le proposte al Ministero dell'Istruzione, il quale le trasmette a quello dell'Interno che, sentiti i prefetti, delibera la concessione e ne fissa la misura.

Le « vigilatrici scolastiche » a Milano.

Il dott, Albertini informa, ne « L'Igiene della Scuola », sull'ottima prova fatta da 50 vigilatrici scolastiche, istituite dal Comune di Milano al principio del 1918.

Assegnazioni per l'assistenza scolastica.

Il fondo comune stanziato nel bilancio della Istruzione dell'esercizio corrente per l'assistenza scolastica, nell'ultima adunanza della Commissione ministeriale presieduta dal sotto-segretario di Stato, on. Roth, è stato ripartito fra le provincie del Regno, in ragione della popolazione e dei vari patronati che vi funzionano, con particolare riguardo per quelle che non beneficiano della legge sul Mezzogiorno e le isole.

Onoranze al prof. Monti.

La città di Voghera ha fatto una grande manifestazione in onore del prof. Achille Monti, che in qualità di ten. colonnello medico ha diretto quel gruppo di Ospedali, forte di 3500 letti, dal principio alla fine della guerra.

Un comitato composto di tutte le autorità cittadine e delle dame della Croce Rossa ha offerto al prof. Monti una grande medaglia d'oro con lo stemma della città ed una pergamena artisticamente miniata; il sindaco gli ha conferito la cittadinanza onoraria, manifestandogli la gratitudine della città non solo per l'opera data agli Ospedali militari, ma anche per l'assistenza continuata alle famiglie.

Un saluto del prof. Ruggi agli aspiranti medici di ritorno dal fronte.

Il 10 u. s., prima di cominciare la sua lezione di clinica chirurgica, il prof. comm. Ruggi rivolse agli studenti di medicina e chirurgia della facoltà di Bologna, reduci dalla fronte, nobili aprole. Così egli concluse:

In alto i cuori, perchè il momento in cui viviamo è solenne e Voi giovani carissimi, dovete sentirvi felici di vivere appunto in questo periodo fortunato della storia nostra. Sappiate trarne profitto per il bene della Patria che tanto attende do Voi. Viva l'Italia!

Rispose all'illustre Clinico lo studente Guido Bergamo, capitano degli alpini.

Presenziavano alla cerimonia il prof. Poggi, Preside della Facoltà, il Colonnello Darra, Direttore di Sanità del VI Corpo d'Armata, il Colonnello Ghini, Direttore dell'Ospedale Militare Principale, e molti professori.

È scomparso repentinamente, in piena attività, il prof. RAPHAEL BLANCHARD, in età di 62 anni.

Laureatosi prima in medicina e poi in scienze naturali, si dette allo studio della parassitologia medica, e per quaranta anni compì un lavoro ingentissimo e fruttuoso in questo campo.

Il suo *Traité de Zoologie Médicale* è classico in tutti i paesi. Lascia anche una pregevole *Histoire naturelle et médicale des Moustiques*. Con Paul Bert, pubblicò gli *Eléments de Zoologie*. Dirigeva gli *Archives de Parasitologie*. Fondò la *Société Zoologique de France*.

Con Milne Edwards organizzò i Congressi internazionali di zoologia, che dettarono le norme della nomenclatura zoologica, accolte poi dai botanici, dai batteriologi, ecc.

Coltivò anche, con passione, l'antropologia e la storia della medicina.

Era stato fatto *agrégé* alla facoltà medica di Parigi nel 1883 e professore titolare nel 1897. Era da 7 anni segretario dell'Accademia di medicina di Parigi.

Fu un lavoratore instancabile, un maestro eminente.

Rassegna della stampa medica.

Per deficienza di spazio siamo stati costretti, durante la guerra, a interrompere la pubblicazione di questa rubrica, la quale era stata favorevolmente accolta e veniva seguita con interesse da molti dei nostrii lettori.

Riprendiamo ora la pubblicazione, omettendo i numeri di periodici che recano una data anteriore al 1919.

The Practitioner genn.-febb. Numeri sull'influenza.

Paris Méd., 4 genn. Numero sulle malattie della infanzia.

La Presse Méd., 2 genn. DENÉCKAU: Le freno-nevrosi: il ventre grosso di guerra.

La Rif. Med., 4 genn. CARDARELLI: Pericardite adesiva tubercolare. — TEDESCHI. L'epidemia d'influenza nell'elemento operaio.

Brit. Med. Journ., 3 genn. STETTON: I risultati remoti delle operazionii sullo stomaco.

La Pediatr., genn. DI CRISTINA e PASTORE: Ricerche di immuno-profilassi nella febbre scarlattinosa.

Brit. Journ. of Surgery, genn. POWER: Il cancro della lingua. — CRILE: Trattamento delle fratture del femore.

Arch. d. Mal. de l'App. Digestif ecc., genn. BARD: Diagnosi dei tumori sifilitici dello stomaco e dell'intestino.

Quaderni di Psichiatr., genn.-febb. ISOLA: Sindrome dolorosa lombare. — SALMON: Rapporti tra fenomeni isterici e fisiopatici, particolarmente d'ordine vasomotorio.

Gazz. d. Osped., 12 genn. LAMONICA: La cura della malaria.

Giorn. di Med. Milit., genn. Numero consacrato alle ricerche biologiche degli Uffici psico-fisiologici di aviazione militare.

Paris Méd., 11 genn. LERÉBOULLET: Quanto dura il contagio della pertosse.

Bull. de l'Ac. de Méd., 14 genn. ROBIN: Igiene quotidiana della bocca: sua importanza per la profilassi delle epidemie.

La Rif. Med., 11 genn. DESOGUS: Terapia dei mutismi e delle afonie funzionali. — SILVAN: Effetti dei gas tossici di guerra. 18 genn. — BONARDI: Il filacogeno pneumonico di Schafer-Wright nella cura della pulmonite. — ORLANDO: Il fenolo nell'influenza.

Boll. Mal. dell'Orecchio ecc., genn. BODONE: Il naso e l'orecchio nell'attuale epidemia d'influenza.

Brit. Med. Journ., 25 genn. ROW: Le misure pubbliche per la prevenzione della tubercolosi.

Gaz. d. Hôp., 23 genn. BRELET: Il cuore e l'apparato respiratorio nella scarlattina.

Arch. of Radiology ecc., genn. NISBET: I reperti radiologici dei monconi d'amputazione.

Surg., Gyn. a. Obst., genn. MAYO W. J: Le perforazioni acute dei visceri addominali. — TURNER: Gli stadi remoti delle ferite del torace da arma da fuoco.

Pathologica, 1 genn. SEGALE: Ricerche batteriologiche nella pandemia 1918.

Journal A. M. A., 4 genn. ALVAREZ: La genesi dei sintomi della così detta «autointossicazione». — KINGHORN: Risultati comparativi sul trattamento della tubercolosi polmonare.

Boston M. a. S. Journ., 2 genn. MILLER: La pressione del sangue nella prognosi chirurgica.

Gazz. d. Osped., 19 genn. NIZZOLI: La determinazione della pressione arteriosa in pediatria.

Riforma Med., 25 genn. LIVIERATO: Azotemia e suo significato diagnostico e prognostico. — VANGHETTI: La protesi cinematica.

Rivista di Patol. nerv. e ment., 27 genn. ROCCAVILLA: Xantocromia e coagulazione del liquido cer.-spin. — PIGHINI: Morte improvvisa in sindromi nervose da trauma psichico.

Giorn. Ital. d. Mal. Vener. ecc., 27 genn. MORINI: Cutireazione nella diagnosi dell'infezione gonococcica. — RADAELI: Piccola epidemia di megaloeritema infettivo o quinta malattia.

Il Morgagni (Arch.), 31 gennaio. COSTA: La compressione della vena mesenterica sul duodeno nella riduzione rapida del volume dell'addome.

Presse Méd., 27 genn. TESTUT e MARCHAND: Paralisi totale del trigemino da meningite cerebro-spinale. — MATHIS e LABOUGLE: La reazione di Bordet-Wassermann secondo la tecnica di Calmette e Massol.

Pensiero Med., 19 genn. CARDARELLI: Miastenia grave.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI *Roma, 9 marzo 1919* **Fasc. 10**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE PREVENTIVE.

Azione dei filtrati di « Str. pandemicus » in rapporto alla dottrina della filtrabilità del virus grippale,

per il prof. MARIO SEGALE,
direttore dei laboratori Scientifici Militari
di Galliera (Genova).

Le letteratura medica internazionale che ha di già accolta come pacifica la assurda ipotesi delle infezioni secondarie per spiegare la gravità delle sindromi grippali in periodo avanzato di epidemia, si è andata poco a poco acconciando alla idea che l'agente patogeno iniziale sia un virus filtrabile, facendo a fidanza su esperienze singole di autori di grido i quali riproducono sindromi febbrili od anche localizzazioni anatomopatologiche a tipo broncopneumonico in soggetti inoculati con filtrati di materiale gripposo.

La letteratura recente è troppo nota perchè io mi dilunghi: tralasciando anzi completamente tutte le esperienze che dalla inoculazione dei filtrati ottennero sindromi febbrili in quanto manca in esse la dimostrazione della trasmissione in serie, e non tenendo conto degli esiti negativi in quanto poco valore essi hanno di fronte ad un esito positivo accertato e riprodotto, ricorderò solo che Gibson e Connor (*Brit. Med. Journ.*, 14 dicembre 1918) inoculando a una scimmia il filtrato di espettorato di gripposo ottennero essudato emorragico nei lobi polmonari superiori e più recentemente Bradford, Bashford e Wilson (*Lancet* 5, 1919) col filtrato di sangue o di liquido di empiema ottennero polmonite lobulare con emorragie e le deduzioni che esplicitamente o implicitamente i detti AA. traggono dalle loro espe-

rienze essere cioè accertato che le sindromi grippali sono in rapporto con virus filtrabili perdono quasi totalmente il loro suggestivo valore quando si considerino in rapporto ai fatti che brevemente espongo.

In una nota precedente (*Pathologica* 243, 1919) ho descritto e definito batteriologicamente un germe (*Str. pandemicus*) che credo nuovo e che inoculato sulla mucosa nasale di animali sani recettivi riproduce costantemente svariate sindromi a tipo grippale.

Riferisco ora brevemente qualche risultato ottenuto dallo studio dei filtrati di culture pure di tale germe.

Una cultura di *Str. pandemicus* in brodo glucosato vecchia di tre giorni contenente ancora vivo il germe è filtrata traverso Chamberland e risulta a tutte le prove di controllo perfettamente sterile.

La cavia 105 inoculata sotto cute con 0,25 cc. muore in 6 giorni dopo presentati ripetuti collassi nella curva termica e fatti umidi a carico dell'apparato respiratorio. Alla autopsia si riscontra congestione tracheale evidente, polmoni iperemici con zone di infarto, ecchimosi sotto pleuriche, emorragia nella surrenale D.

Istologicamente si nota al polmone forte congestione dei setti alveolari, essudazioni emorragiche endoalveolari contigue a zone enfisematose, infarti marginali, forte congestione epatica, marcata congestione glomerulare renale con qualche zona di rigonfiamento torbido dell'apparato tubulare.

Un'altra cavia inoculata sulla mucosa nasale vive; una terza cavia inoculata con cultura non filtrata muore in dieci giorni con sindrome e localizzazione anatomopatologica simile, con evidenti fatti di peribronchite.

In una seconda serie di esperienze una cultura di 20 giorni di *Str. pandemicus* non contenente più germi vivi filtrata come sopra e controllatane la sterilità è inoculata sottocute a tre cavie in dose 0.25 cc.; esse muoiono in 48, 58, 72 ore presentando tutte essudato emorragico endoperitoneale, emorragie disseminate a vari parenchimi specie alle surrenali, marcatissima congestione dell'apparato respiratorio.

All'esame microscopico si osserva forte congestione dei setti, essudato emorragico iniziantesi in alcuni alveoli, zone atelectasiche alternate con zone enfisematose.

Altre tre cavie sono inoculate con uguali dosi di filtrato trattato con etere e muoiono nello stesso periodo con eguale quadro anatomo-patologico.

Una cavia trattata con filtrato scaldato a 55° per un'ora presenta sindrome identica e muore in 65 ore.

Se noi vogliamo analizzare queste esperienze dobbiamo ammettere che il filtrato fosse realmente sterile e privo di agenti vivi filtrabili in quanto reperto identico si ebbe dal filtrato solo o dal filtrato trattato con etere e con un moderato calore.

Esorbita dallo scopo della nota la discussione se si tratti di tossina o di endotossina in quanto essa tende a mostrare che i filtrati di cultura del Pandemicus, germe isolato con grande frequenza da casi di grippe, perfettamente identificato e in cultura, sicuramente pura riproducono stati congestizi ed essudazioni emorragiche endoalveolari polmonari analoghe a quelle che gli AA. sopra citati hanno ottenuto dai filtrati di espettorato e di liquido di empiema, nei quali filtrati è a presumersi esista la stessa sostanza tossica usata da me in quanto:

1. nel caso Gibson e Connor gli AA. osservano nell'espettorato morfologie bacteriche identiche al Pandemicus;

2. nel caso Bradford, Bashford e Wilson il liquido dell'empiema è a presumersi contenesse lo stesso germe in quanto su oltre settanta empiemi studiati solo cinque volte non sono riusciti a mettere in evidenza tale forma, e la letteratura internazionale ammette forme streptococciche nell'empiema quasi costanti.

Io non intendo con questa nota forzare la diffidente opinione medica in favore del significato specifico dello *Str. pandemicus*: ho fatto a suo tempo doverose riserve e le confermo qui; tengo solo ad affermare che le esperienze più brillanti finora note sull'argomento dei virus filtrabili perdono del loro significato quando si valutino in rapporto ai fatti che ho esposto e che è facile controllare a chi isoli (e colle indicazioni che ho dato non è difficile) il germe che ha sollevato tante discussioni e tante appassionate ricerche.

23-2-919.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di patologia chirurgica della R. Università di Torino
diretto dal prof. D. BAJARDI.

Sopra un metodo semplice e pratico per procedere alla correzione delle anchilosi fibrose angolari del ginocchio.

per il prof. UGO CAMERA
f. f. aiuto e docente in patologia chirurgica.

Scopo di questa mia noticina è di illustrare brevemente un espediente molto semplice e pratico da me usato per ridurre le flessioni ango-

lari del ginocchio, non dipendenti da anchilosi ossee.

Ebbi occasione di ricorrervi varie volte in questi ultimi tempi per correggere una tale posizione viziosa, insorta, indipendentemente da alcuna lesione flogistica o traumatica articolare, in pazienti, per cattiva posizione da essi mantenuta per un periodo di degenza non indifferente a letto.

Però questo espediente trova la sua speciale e maggiore applicazione per il raddrizzamento e l'immobilizzazione in posizione corretta, di quei ginocchi affetti da artrite tubercolare, fissatisi poi in posizione angolare per deficienza di un trattamento opportuno; ed è appunto per casi del genere, che venne da me usato parecchie volte in chirurgia civile fin da otto anni fa.

Non avevo mai pensato che meritasse la pena di farlo conoscere; ma essendomi persuaso, sopratutto nell'esperienza professionale di questa guerra, che i sussidi più semplici possono essere praticamente utilissimi, mi sono indotto a farlo ora.

La correzione della posizione viziosa in parola è ricercata generalmente o colla trazione continua a pesi, o col raddrizzamento manuale sotto narcosi.

La trazione continua a pesi è una cura lunga, noiosa, che obbliga all'immobilità dei pazienti, che per la natura della loro affezione, avrebbero invece bisogno di una vita igienica, all'aperto, alla luce ed al sole, piuttosto che quella debilitante di una prolungata degenza a letto.

Il raddrizzamento manuale è un mezzo brutale; la sua forza correttrice non può essere dosata, ma viene inevitabilmente ad essere esagerata, determinandosi così nella regione lesa un traumatismo non indifferente e sempre pericoloso, per la possibilità che esso possa riacutizzare un processo attenuato o quasi spento.

Quando poi, ottenuto il raddrizzamento, si deve immobilizzare nella nuova posizione l'arto col bendaggio gessato (mezzo di immobilizzazione generalmente usato) bisogna necessariamente alternare la mano che ha esercitato la pressione riduttrice, sicchè il ginocchio, non più obbligato da questa pressione, tenda più o meno a ritornare nella posizione primitiva.

Il metodo da me usato cerca appunto di rimediare a questi inconvenienti, col fornire in una sola seduta o tutt'al più in due o tre sedute, una forza riduttrice lenta, costante, graduabile e quindi pochissimo traumatizzante, che si possa mantenere, una volta ottenuta la correzione, per tutto il tempo in cui dura l'immobilizzazione dell'arto nella nuova posizione, senza che venga ostacolata od intralciata la confezione del bendaggio gessato.

Presenta inoltre il vantaggio di una grande semplicità e praticità, essendo alla portata di tutti, e potendosi praticare in qualsiasi luogo.

Ecco il modo di procedere:

Dopo aver imbottito con un rivestimento ovattato l'arto ammalato dal piede alla radice della coscia o al bacino (secondo l'estensione che si vuol dare al bendaggio gessato) il paziente viene adagiato in decubito dorsale col tronco e col bacino sopra un tavolo. I due arti decorrono nel vuoto e prendono punto d'appoggio colla faccia posteriore del calcagno sul bordo di un altro tavolo situato alla dovuta distanza dal primo.

Il tallone dell'arto ammalato deve essere situato in un piano leggermente più elevato rispetto a quello su cui posa il bacino, il che si ottiene interponendo tra la sua regione achillea

ed il tavolo un sostegno qualsiasi (v. figura); il piede viene flesso e mantenuto ad angolo retto, e tutto l'arto orientato secondo la sua direzione normale.

Una robusta fascia di tela piegata ad ansa viene fatta passare a cavalcioni del ginocchio, in modo da abbracciare colla sua curva le regioni anteriore e laterali di esso. Ai due capi dell'ansa, annodati fra loro ad una certa distanza dal proplite, si sospende un secchiello di comuni dimensioni. In questo secchiello viene gradualmente versata dell'acqua, e si ottiene così un aumento continuo e graduale di un peso, che per la sua applicazione si trasforma in una forza graduale, continua, senza scosse, che tende a raddrizzare il ginocchio.

Dalla modalità con cui questo peso viene aumentato, si comprende come esso potrebbe venire dosato, nella sua azione riduttrice, sino al grammo.

Generalmente si può cominciare la correzione e proseguirla per qualche tempo a paziente sveglio; ma poi è consigliabile ricorrere alla narcosi, sia perchè dopo qualche tempo questa trazione riesce alquanto dolorosa, sia perchè la risoluzione muscolare facilita e riduce la durata della correzione.

Quando il ginocchio ha raggiunto quel grado di estensione da noi voluto, si procede alla sua immobilizzazione, mediante un bendaggio, gessato estendentesi dai malleoli alla radice della coscia, e che comprende nei suoi giri anche l'ansa applicata sul ginocchio.

Una volta che il gesso è indurito, si allontana il secchiello e si annodano le branche dell'ansa sul bendaggio gessato in corrispondenza del proplite. Si ultima in seguito l'apparecchio fornendo il piede di una scarpa gessata, che lo mantenga in buona posizione.

Non sempre è possibile ottenere o consigliabile ricercare una completa correzione in una sola seduta, e questo quando si tratta di flessioni molto pronunciate, di vecchia data, nelle quali si devono vincere tenaci aderenze e forti retrazioni fibrose e muscolari. In questi casi si ripete la manovra sopraindicata nelle sedute successive, avendo cura ogni volta, prima di togliere il blindaggio gessato, di riattaccare il secchiello con un certo quantitativo di acqua alle due branche dell'ansa, per non perdere nulla della correzione ottenuta nella seduta precedente.

La riproduzione fotografica annessa indica chiaramente la posizione che deve avere il paziente e la disposizione dell'ansa e del secchiello.

Zona di guerra.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

La diagnosi precoce dell'aortite sifilitica.

(G. E. BROWN. *Americ. Journal Med. Sciences*, 1919, n. 1).

La diagnosi dell'aortite incipiente ha una importanza notevole in quanto che la cura di questa affezione può dare risultati soddisfacenti solo quando le alterazioni della parete vasale non siano molto progredite.

I dati statistici sulla frequenza dell'aortite luetica sono scarsi, tuttavia pare assodato che questo tipo di malattia dell'aorta è diagnostica più facilmente al tavolo anatomico anzichè all'esame clinico.

Una idea della frequenza dell'aortite sifilitica è data dalle statistiche di Gruber che in 6000 autopsie la trovò nel 4 %. Marchaud all'autopsia di 256 sifilitici la trovò nell'82 %; la stessa percentuale dà Stadler. Obendorfer in 1436 autopsie di individui adulti trovò che l'aortite sifilitica era presente nel 7 % e la diagnosi era stata fatta al tavolo anatomico in ben 40 casi. È ben nota l'associazione dell'aortite sifilitica con la tabe e la paralisi progressiva: Goldscheider ed altri autori la trovarono presente nel 30-40 % dei casi di parasifilide nervosa.

A differenza dell'ateroma, che è un processo di degenerazione, l'arterite sifilitica è caratterizzata da un processo infiammatorio con fenomeni reattivi di riparazione. Sono attaccate tutte e tre le tuniche, prima l'avventizia, poi la media ed infine l'interna. Macroscopicamente sull'interna si trovano plighe increspate, placche perlacee, traslucide spesso di colore giallastro. La distinzione tra depositi ateromatosi ed alterazioni luetiche sta nel fatto che in queste ultime mancano i depositi di grasso e di soli calcarei.

La sifilide di solito attacca l'aorta in prossimità del suo orificio per modo che sono danneggiate le valvole e le coronarie con effetti disastrosi sul cuore. Tutte le porzioni dell'aorta toracica possono esserne colpite, ma raramente e non se ne comprende la ragione, è colpita l'aorta addominale. Negli stadii avanzati possono aversi aneurismi più o meno piccoli.

La sifilide dell'aorta può assumere parecchi tipi e diverse localizzazioni. Dieulafoy distingue: a) l'aortite suprasigmoide, nella quale l'affezione è limitata alla prima porzione dell'aorta; b) la sifilide delle valvole aortiche con insufficienza; c) le forme aneurismatiche; d) l'occlusione dei vasi coronarî. Tra tutte queste forme la meno conosciuta e di più difficile diagnosi è la prima, mentre d'altra parte è tra tutte quella che

più risente gli effetti benefici di una opportuna terapia. Tale forma è quella che merita quindi ora una maggiore considerazione. I sintomi dell'aortite sifilitica nel primo stadio quando cioè non si sono ancora prodotte lesioni valvolari o aneurismi sono quanto mai vaghi, nè sono imponenti al punto da allarmare il paziente, che il più delle volte, e per tal fatto consulta il medico, li attribuisce a malattie pulmonari.

Il sintoma più caratteristico e più frequente è il *dolore*. È un senso di costrizione e di compressione spesso leggero, talvolta grave fino a somigliare a quello dell'angina pectoris. È localizzato sotto lo sterno nella parte più alta e si irradia al plesso brachiale con il caratteristico dolore al braccio sinistro, raramente al braccio destro e più raramente ancora ad ambo le braccia. È dovuto alla infiammazione ed irritazione della tunica avventizia, nel cui connettivo da Dogrel sono state dimostrate speciali terminazioni nervose.

Altri sintomi subbiettivi sono l'*astenia* fisica e mentale con disturbi della memoria e cefalea; la *dispnea* più o meno grave, dovuta, quando non è accompagnata da fenomeni di compressione, alla insufficienza cardiaca; la *raucedine* dovuta a pressione sul ricorrente; la *febbre*, che è un sintomo meno frequente ed è molto irregolare; la *tosse* senza espettorati; la *cianosi* dovuta a compressione della vena cava superiore.

Questi disturbi possono essere presenti in tutti od in parte e con varia intensità nelle forme iniziali di aortite sifilitica. Di solito non sono molto accentuati. Ed è spiegabile se essi siano talvolta attribuiti ad una tubercolosi pulmonare iniziale. Infatti sono sintomi anche di questa affezione il deperimento, la febbre irregolare, i dolori toracici, la raucedine, la tosse secca.

I segni fisici dell'aortite hanno un notevole valore diagnostico. L'aorta normale di individuo adulto nel suo diametro trasverso misura 5-7 cm., all'età di 50 anni 8 cm. piuttosto meno nella donna. Nell'aortite ambo i diametri dell'aorta sono aumentati e questo ingrossamento può essere rilevato alla percussione del secondo e terzo spazio intercostale. Ma ci sono casi in cui la percussione dà risultati negativi ed allora bisogna ricorrere all'esame radiologico, che nell'aortite può dare il seguente reperto: 1° Ingrandimento dell'ombra aortica a destra: è questa di solito la prima alterazione dimostrabile, perchè il processo sifilitico colpisce per primo questo tratto dell'aorta. 2° Ingrandimento a sinistra. 3° Ingrandimento a destra ed a sinistra con maggiore densità dell'ombra e riduzione della pulsazione aortica.

Segni di minor valore sono la palpazione dell'aorta nella fossetta giugulare, lo spostamento in alto della succlavia, l'anormale mobilità della punta dovuta all'allungamento dell'aorta, le alterazioni del secondo tono aortico.

La pressione del sangue di regola non è elevata o solo di poco, il che costituisce un criterio differenziale per la diagnosi della dilatazione aortica in rapporto ad ipertensione.

Per la diagnosi dell'aortite sifilitica ha naturalmente importanza anche il risultato alla reazione di Wassermann, che è stata positiva nell'85 % dei casi. Anzi negli individui che hanno la reazione di Wassermann positiva dovrebbe essere fatto sempre l'esame dell'aorta, anche quando manchino manifestazioni della sifilide. Al riguardo bisogna ricordare che Warthin ha dimostrato che lo spirochete può trovarsi nel cuore, nell'aorta, nel pancreas ed in altri organi anche quando non vi sia alcun segno clinico della sua presenza.

Un altro criterio diagnostico è quello terapeutico, i disturbi dell'aortite incipienti, quando la lesione è luetica, scompaiono con una cura iodio-mercuriale o eventualmente arseno-benzolica.

DR.

MEDICINA.

L'edema cerebrale.

(H. BATHE RAWLING. *British medical Journal*, 4 maggio 1918).

L'edema cerebrale è essenzialmente determinato da un aumento quantitativo del liquido cefalo-rachidiano e conseguentemente da un aumento della sua pressione. Non è dubbio che esiste una relazione di causalità ben netta tra l'aumento della pressione intracranica del liquor e l'aumento della pressione venosa intracranica e ciò per i seguenti fatti:

1. È oramai ammesso che il liquido cefalo-rachidiano è prodotto o da una secrezione attiva del plesso coroideo dei ventricoli laterali e del terzo e quarto ventricolo o da un processo di filtrazione attraverso i capillari coroidei.

2. La maggior parte del liquor passa dagli spazî ventricolari attraverso i fori della volta del quarto ventricolo negli spazi subaracnoidei.

3. La pressione venosa intracranica è per lo meno eguale, quando non è leggermente superiore alla pressione del liquor.

4. In condizioni normali il liquor è riassorbito attraverso i vasi venosi cerebrali e più specialmente dal seno longitudinale superiore. Allo stato delle nostre conoscenze non si può con sicurezza dire se si tratti di un processo di assorbimento puramente meccanico o di un'azione selettiva della parete vascolare.

Comunque è certo che questo riassorbimento deve dipendere dalle condizioni della parete dei vasi venosi cerebrali e dalla pressione venosa intracranica. Quindi se per una ragione qualsiasi, per malattia o per trauma, la capacità di assorbimento delle vene è alterata, il riassorbimento non si verifica affatto o non si verifica con la dovuta intensità per modo che il liquido cefalorachidiano ristagna in eccesso nel sistema aracnoide, nei ventricoli, sulla superficie del cervello, negli spazii subdurali producendo il quadro tipico dell'edema cerebrale. Per effetto di un colpo di calore, ad esempio, possono essere alterate temporaneamente o permanentemente le pareti delle vene e dei seni cerebrali per modo che può aversi contemporaneamente un aumento della filtrazione del liquor attraverso il plesso coroideo ed un impedimento al riassorbimento del liquido stesso attraverso i seni venosi.

D'altra parte l'aumento brusco della pressione intracranica per effetto di uno stravaso sanguigno produce una diminuzione del volume disponibile per il liquor, ed il normale riassorbimento non può ristabilire l'equilibrio, donde la produzione di edema cerebrale.

Oltre a ciò non si può escludere che la funzione del plesso coroideo nella produzione del liquor possa essere alterata da agenti tossici e si sa che l'anidride carbonica, gli anestetici volatili, le iniezioni di estratti di cervello e di plesso coroideo producono l'edema cerebrale.

Nei primi stadi dell'edema cerebrale l'eccesso di liquor può sfuggire nei frequenti modi: una piccola quantità può passare nel rachide, ed in tali casi l'aumento della pressione intracranica può essere ridotto mediante la puntura lombare; una più piccola quantità ancora può essere riassorbita dalle vene extracraniche attraverso i vari emissari della base del cranio. Ma quando il liquor aumenta ancora questi mezzi atti a ristabilire l'equilibrio diventano inadeguati; il liquido si accumula dapprima negli sapzi subaracnoidei, raggiunge la superficie del cervello e finalmente essuda attraverso l'aracnoide negli spazî subdurali.

L'A. ha avuto occasione durante l'esercizio militare di osservare numerosi casi di edemi cerebrali ed ha potuto notare che essi offrono una sintomatologia molto uniforme. Si trattava per la maggior parte di malati provenienti dalla Mesopotamia, dove insieme alla frequenza di colpi di calore si ha permanentemente epidemia di tifo e di malaria, donde la difficoltà della diagnosi differenziale. Ad ogni modo la diagnosi di colpo di calore fu in ogni caso accertata oltre che per i suoi sintomi caratteristici anche perchè riuscirono negativi tutti gli esami serologici e microscopici.

La cefalea è il sintoma iniziale dell'accesso, è sempre grave al principio, si attenua col tempo ma di solito diventa cronica. Quando i pazienti osservati dall'autore entrarono all'ospedale erano svogliati, accusavano più o meno persistente dolore di testa ordinariamente frontale e che si esacerbava specialmente fra le ore 17 e 20. Durante le esacerbazioni del dolore i pazienti cercavano di appartarsi, sfuggivano la luce ed i rumori, cacciavano la testa sotto i guanciali ed erano irritabili e scoraggiati. Le solite medicine analgesiche non procurarono che un sollievo passeggero.

Il vomito si ebbe solo nei casi più gravi e di solito solo durante le esacerbazioni della cefalea. La nausea invece era costante.

La ptosi era un disturbo molto comune specie nelle ore più calde del giorno. Non fu mai constatato un vero papilledema.

Durante le esacerbazioni della cefalea la frequenza del polso scendeva a 50-60 battute al m', mentre la pressione sistolica saliva a 140-150 mm. Hg.

I riflessi profondi e superficiali furono trovati sempre esagerati. Oltre a ciò si notarono tremori alle mani, ai muscoli periorali, crampi e tremiti generali. La temperatura di solito era leggermente febbrile, le elevazioni maggiori si avevano sempre durante le esacerbazioni della cefalea.

Non raramente si hanno accessi convulsivi a tipo epilettico, generalizzati o non, con perdita di coscienza più o meno completa.

I disturbi sopra accennati hanno la loro causa nell'edema cerebrale. Tale interpretazione appare tanto più giustificata quando si consideri che mediante la decompressione si ha una riduzione o addirittura la scomparsa dei disturbi stessi.

La decompressione dell'edema cerebrale si può ottenere rinnovando la quantità di liquor contenuto nella scatola cranica e cioè mediante la puntura lombare o il drenaggio subtemporale.

La prima anche quando sia ripetuta più volte non ha che un effetto palliativo e transitorio. Per ottenere risultati sicuri e permanenti bisogna ricorrere alla decompressione subtemporale. Tale operazione è indicata nei casi gravi e ribelli ad ogni trattamento di cefalea, con o senza convulsioni, dovuta a colpo di calore o a trauma cefalico ed anche nei casi di cefalea da malaria. E gli effetti sono tanto più sicuri quanto più precocemente si interviene.

Per la decompressione si fa la trapanazione della regione temporale, perchè questa offre minori rischi e maggiori vantaggi: l'operazione si

fa sopra un'area silenziosa del cervello, il drenaggio si fa nella parte più bassa dell'encefalo. Si può scegliere il lato destro o sinistro corrispondentemente alla localizzazione della cefalea, ma quando non c'è localizzazione è preferibile operare a destra per non disturbare eventualmente i centri del linguaggio. La trapanazione deve essere fatta più in basso che sia possibile, immediatamente al di sopra dell'orecchio, nell'angolo formato tra le branche anteriore e posteriore della meningea media. La breccia quindi si allarga in direzione anteriore e posteriore ed in basso verso la base della fossa cerebrale. Le dimensioni dell'apertura devono essere proporzionate alla gravità della pressione intracranica. Si incide quindi la dura e con precauzione perchè la pressione interna essendo positiva si possano avere emorragie dai vasi cerebrali. I pazienti dopo l'operazione devono essere messi subito a letto e mantenuti in assoluto riposo. Nei primi due o tre giorni si può somministrare morfina e successivamente bromuro. La degenza in ospedale deve durare fino a completa guarigione.

a. a.

CHIRURGIA.

Il valore dell'esclusione pilorica nel trattamento delle ulcere piloriche e duodenali.

(RICHARD LEWISOHN, *Ann. of. Surg.*, magg. 1918).

Il grande valore della gastroenterostomia nel trattamento della stenosi pilorica, sia essa solo di benefizio temporaneo, come nelle ostruzioni di carattere maligno, sia essa la cura definitiva, come nelle forme da ulcera benigna del piloro o del duodemo, è un fatto fuori discussione.

In quest'ultimo caso il benefizio è assai maggiore nelle forme di ostruzione, nelle quali esso è dovuto a fattori puramente meccanici, costituendo una semplice operazione di drenaggio.

Ma la grande maggioranza delle ulceri piloriche e duodenali non si accompagnano a stenosi; i sintomi non derivano da un restringimento dell'efflusso gastrico, ma dal passaggio del cibo sulla zona ulcerata. Stando così le cose, l'intervento non può considerarsi ideale, se per esso il cibo non viene in modo assoluto e in modo permanente deviato.

Ora, se prima si riteneva che questo scopo venisse raggiunto con la semplice gastro-enterostomia, dei lavori ulteriori hanno dimostrato che quella ipotesi era erronea.

Fin dal 1900 Kelling fece degli ampî studi su questo argomento. Egli praticò su cani gastroenterostomizzati due fistole, una sul duodeno e l'altra sul digiuno, distalmente all'anastomosi; quindi iniettò 250 cmc. di acqua, colorata con bleu di metilene, nello stomaco, e ne ottenne 235 dalla fistola duodenale, ed appena 11 dalla fistola digiunale: ne concluse che l'occlusione del piloro offre la sola garanzia per l'efficienza della gastro-enterostonia.

In seguito la röntgenscopia e la röntgengrafia offrirono un ottimo mezzo per lo studio di tali questioni negli esperimenti su animali e nel corpo umano. La letteratura su questo argomento è cresciuta così rapidamente nell'ultima decade, che sarebbe impossibile riferirla al completo.

L'A. cita il parere di alcuni autori. Risulta che, salvo poche eccezioni, tutti ritengono che, anche in presenza di una anastomosi pervia, una considerevole quantità di cibo passa attraverso il piloro, se questo non fu occluso. Un tale stato di cose non è certo desiderabile: la guarigione dell'ulcera verrà certo notevolmente affrettata se il cibo, almeno per un certo tempo, sia completamente e sicuramente deviato.

L'A. non crede di doversi diffondere sui varî tipi di esclusione proposti dai diversi autori: egli del resto ne ha fatto oggetto di studio in un precedente articolo (1). Crede di suggerire come i migliori i metodi di Eiselsberg, di Biondi modificato, e di Berg.

Egli si propone di riferire qui su alcuni esperimenti, condotti per dilucidare lo stesso argomento sopraccennato: la opportunità o meglio la necessità di unire alla gastroenterostomia l'esclusione pilorica, nella cura delle ulceri piloriche e duodenali benigne. Non crede che la radiografia in questo campo risponda bene allo scopo, almeno finora: essa può cogliere solo brevi fasi e non può seguire l'intero ciclo del passaggio del cibo nello stomaco: forse ciò sarà possibile in avvenire, quando i progressi della tecnica ci permetteranno di fare della cinematoradiografia.

Esiste del resto un metodo assai più semplice per dimostrare il passaggio del cibo, rispettivamente attraverso il piloro e lo stomaco: quello delle sostanze coloranti. Però va subito avvertito che la scelta di queste è assai limitata, poichè, la mucosa essendo coperta da muco, occorre un colore che per il muco abbia una affinità specifica, altrimenti la sostanza colorante riesce con le feci, senza aver tinto la mucosa, come avviene per esempio per il bleu di metilene.

Adatta allo scopo è la tionina bleu e di essa si è servito l'A. nei suoi esperimenti, usando

(1) *Surg. Gyn. and Obstet.* 1916, XXII, 379

dapprima un prodotto tedesco, e quindi, chiuso quel mercato a causa della guerra, un prodotto americano, che corrispose ugualmente, con la sola differenza di colorare la mucosa in un bleu verdastro invece che in bleu scuro.

Gli esperimenti vennero condotti nel modo seguente: in cani anestetizzati venne praticata su alcuni la semplice gastro-enterostomia, su altri la gastro-enterostomia più esclusione pilorica; due giorni dopo vennero introdotti nel loro stomaco, per mezzo di un tubo, 300 cmc. di una soluzione 2 % di tionina; e il giorno seguente vennero, sotto narcosi cloroformica, uccisi.

La differenza fra i casi con esclusione e quelli senza esclusione fu evidente. Nei primi la mucosa gastrica e digiunale (distalmente allo stomaco) era di un colore verde scuro, mentre quella duodenale mostrava solo una lieve traccia di colore: dunque, praticamente tutta la soluzione era passata attraverso l'anastomosi. La lieve traccia di tionina nel duodeno è spiegata dal fatto che l'esclusione a forma di borsa di tabacco del piloro lascia passare alcune goccie di liquido: del resto essa impedisce assolutamente il passaggio di cibi solidi.

Nell'altra serie di casi, in cui l'esclusione non venne praticata, il duodeno e il digiuno presentavano una colorazione verde-scuro della stessa intensità: evidentemente, la soluzione era passata ugualmente attraverso il piloro e attraverso l'anastomosi.

Questi esperimenti studiano solo i risultati meccanici che seguono alla gastro-enterostomia, e non le modificazioni che dopo di essa si producono nella chimica gastrica. È ben noto che dopo la gastroenterostomia la bile e il succo pancreatico refluiscono attraverso lo stoma nello stomaco, diminuendone così considerevolmente l'iperacidità. Queste modificazioni chimiche presentano una grande importanza. Difatti l'A. crede che i miglioramenti nelle condizioni cliniche dopo la gastro-enterostomia senza esclusione, sono basati specialmente sopra le modificazioni della chimica gastrica. Ma di gran lunga migliore è l'aggiunta della esclusione, perchè al beneficio suddetto, che si presenta egualmente, aggiunge l'altro, importantissimo, di proteggere l'ulcera da impulsi meccanici.

L'esclusione pilorica non è permanente: ma essa dura abbastanza da provocare la rapida guarigione dell'ulcera. Anzi questa temporaneità dell'esclusione è assai giovevole, poichè è provato che l'acido cloridrico, passando attraverso l'anastomosi, invece che per la via del duodeno viene neutralizzato assai meno efficacemente: al che probabilmente è dovuta la diarrea, che così frequentemente si riscontra.

L'esclusione non aumenta affatto il pericolo dell'intervento. Non venne mai citato un accidente che seguisse ad essa. La sua esecuzione corretta non richiede che qualche secondo. E certamente aumenta le probabilità di una rapida scomparsa dei sintomi proprî delle ulceri gastrica e duodenale.

SEBASTIANI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sulla terapia del gozzo

per il dott. ALESSANDRO PENNISI.

Durante il mio servizio di guerra in Carnia ho avuto l'opportunità di osservare numerosi casi di gozzo: ivi esso è endemico, per quanto non molto diffuso. Accanto ai gozzi semplici si potevano osservare dei Basedoviani o Basedowianizzati e anche tutte le manifestazioni morbose dell'alterato equilibrio tiroideo: cretinismo, nanismo, mixoedema: ma invero non frequenti. Per lo più trattavasi di donne. Non essendo possibile pensare ad un'operazione, in quelle circostanze, volli tentare se mi fosse riuscito di giovare a quelle infelici con la cura medicamentosa, mercè iniezioni locali e generali di soluzione iodio-iodurata consigliata dal Durante, come la meno irritante e la più efficace. Non ripeterò cose già note, come sarebbe l'elenco di tutte le sostanze che sono, state indicate allo scopo dai vari autori e la critica fatta a ciascuna di esse (1). Mi fermerò solo su alcuni punti. Molti hanno condannato le iniezioni intraglandolari di soluzioni medicamentose perchè capaci di provocare: 1) Dispnea per aumento di volume del gozzo in seguito a reazione. 2) Emorragie interstiziali. 3) La possibilità di iniettare il liquido entro un lume vasale. 4) Suppurazione. 5) Aderenze agli organi vicini, compreso il ricorrente, con susseguenti paresi e paralisi delle corde vocali. 6) Intolleranza. Tali osservazioni hanno il loro peso. La prima però non è tale da impensierire, per quanto riguarda la soluzione iodio-iodurata: la reazione che essa provoca non va oltre, se mai, ad una lieve turgescenza della glandola, che si accompagna a molestia dolorosa specie nel deglutire. In ogni modo tale pericolo potrebbe solo avverarsi se si trattasse di un gozzo voluminoso

(1) BERGMANN. *Trattato di chirurgia*, v. II.
DURANTE. *Trattato di patologia e terapia chirurgica*, v. III.
LE DENTU et DELBET. *Traité de chirurgie*, v. XX, 1908.

retrosternale che già per sè stesso provocasse accessi di dispnea. In questo caso la cura sarebbe controindicata. La 2ª osservazione è quella che fa restii la maggior parte dei medici e certo questo pericolo esiste realmente. Ad evitarlo occorre: ritenere controindicata la iniezione in ogni caso di gozzo telangettasico; usare aghi dei più fini nei casi di gozzo parenchimatoso; agire inoltre con sveltezza per evitare movimenti di deglutizione dell'infermo durante l'iniezione. Alla 3ª osservazione si può rispondere che l'incidente è evitabile se si segue una tecnica accurata quale è quella di introdurre l'ago (di cui è stata assicurata la pervietà) da solo, sino in fondo, e dopo avere accertato che non fuoriesce alcuna goccia di sangue, innestare la siringa spingendo lentamente il liquido e ritirando a poco a poco l'ago, cessando però l'iniezione tostochè esso è per abbandonare la capsula glandulare. L'iniezione del liquido in vari sensi, così come il Durante consiglia per il testicolo nella tubercolosi, sarebbe certo più efficace, ma mi sembra che potrebbe divenire dannosa, mancando il controllo nei vari movimenti dell'ago in seno alla glandola.

In quanto alla 4ª osservazione essa farebbe parte di ogni appunto che si può fare ad ogni intervento chirurgico. È sottinteso che la cute deve essere disinfettata con tintura di iodio e che le mani del chirurgo devono essere ben pulite e meglio ancora calzate di guanti bolliti e che ago e siringa, di vetro (meglio quella Record con alette) devono essere bolliti. Insomma l'asepsi deve essere ben curata, anche nella preparazione della soluzione iodica per quanto essa sia antisettica per sè stessa. Per quanto riguarda le aderenze tra la glandula e i tessuti vicini, esse si evitano se l'iniezione vien fatta dentro il tessuto glandolare e non al di fuori della capsula; se insomma si segue una tecnica accurata. Per essere sicuri che l'ago sta dentro la glandola, basta fare appena deglutire l'infermo: l'ago segue i movimenti della tiroide. Ma chi è pratico delle iniezioni parenchimatose avverte il momento nel quale l'ago penetra nella glandola: è come per la rachicentesi; e non ha bisogno di ricorrere alla prova suddetta che è meglio evitare per la ragione più su accennata. Certamente l'evitare le aderenze è importante, non solo per i danni che possono da esse derivare, ma anche per evitare difficoltà in un futuro atto operativo, qualora la cura medicamentosa non avesse esito soddisfacente. Infine vi è l'osservazione riguardo alla tolleranza. Per quanto sembrami che vi sia stata dell'esagerazione su ciò, pure è vero che vi sono dei soggetti (per lo più si tratta di donne) che possono presentare delle reazioni allarmanti di natura riflessa (lipotimie, vertigini, pallore, impiccolimento del polso e aumento di frequenza). Nei soggetti nevropatici è bene astenersi dalla cura locale. Ed è bene provare la tolleranza introducendo l'ago lentamente, sostando un po' dopo aver sorpassato la cute ed iniettando non più di 1/2 cmc. di soluzione la prima volta. Il soggetto deve stare in decubito orizzontale con il tronco leggermente sollevato ed il capo, ben poggiato, rovesciato all'indietro; la mano sinistra fissa bene la tiroide facendo fare prominenza alla tumefazione nel punto nel quale dovrà essere infisso l'ago; un assistente aiuta ad innestare la siringa nell'ago già introdotto. Da qualche A. si è parlato pure del pericolo di pungere la trachea con la possibilità di iniettarvi il liquido, provocando gravi fenomeni di asfissia. Non credo che con una buona tecnica si possa incorrere in quest'incidente. In ogni modo è da riconoscere che la pratica è delicata, richiede vigile attenzione e pazienza da parte del medico e dell'infermo, e non è da tutti.

Però la maggior parte degli inconvenienti notati si sono avuti con l'uso di sostanze oltremodo irritanti (alcool, etere iodoformico, soluzione alcoolica di iodio, acidi ecc.). Il Durante, come dicevo, consiglia invece la sua soluzione acquosa iodio-iodurata all'1 e 2 % ed è di questa che io mi sono servito. Essa non è affatto irritante ed ho visto che è ben tollerata e non provoca notevoli reazioni. Qual'è il meccanismo di azione del medicamento? Tutta la serie di sostanze tentate, come anche il processo elettrolitico, lo è stata a scopo sclerogeno, per provocare una necrosi parenchimatosa ed una proliferazione connettivale. Ma per l'iodio è ormai generalmente ammessa un'azione specifica. La soluzione iodio-iodurata, dunque, agirebbe in ambedue i modi: ma l'azione sclerogena non è violenta ma graduale e non provoca notevoli reazioni. Le forme di gozzo che più risentono dell'azione locale della soluzione iodica sono le gelatinose. Infatti il Durante nega che ne risentino beneficio le cistiche e le colloidi: in queste forme il miglioramento sarebbe insignificante e transitorio (a parte poi i tumori qualche volta confusi col gozzo). Ho voluto, ciò non ostante, tentarla nel gozzo cistico ed il risultato mi è stato favorevole. La scomparsa delle cisti deve avvenire per necrosi degli epiteli di rivestimento, collabizione e saldamento delle pareti, aiutata dall'azione sclerogena nelle zone pericistiche. Le iniezioni venivano praticate secondo la tecnica già indicata e con le modalità che saranno dette. A rendere più intensa l'azione specifica dell'iodio ve-

nivano prescritte iniezioni generali quotidiane di 1 cmc. della stessa soluzione 1 %. Le inferme restavano nel loro ambiente ed alla loro occupazione quotidiana: solo si proibiva loro l'uso della gerla. I casi trattati con la cura locale e generale sono stati 4, due di gozzo cistico e due di parenchimatoso. Dò per brevità in succinto le storie.

OSSERVAZIONE I. — *Gozzo cistico del lobo destro.* C... L..., anni 18, contadina, portatrice di gerla dall'età di 10 anni. Il padre fu sano e morì per ernia strozzata. La madre è affetta da modico gozzo da vari anni: essa ha avuto 6 aborti, 1 morto appena nato e 6 figli (4 f. e 2 m.) viventi. Di essi 2 figlie hanno il gozzo: la 2ª (che è la C. L.) e la 4ª. Dei parenti nessuno ha il gozzo; dei paesani relativamente pochi. La C. L. è stata sempre bene eccetto una lieve anemia e ripetute tonsilliti. Non si è mai allontanata dal suo paese. Mestruata a 13 anni; ha avuto una bambina sana 3 mesi fa. Si è accorta della tumefazione al collo circa 5 anni fa: questa crebbe lentamente sino a raggiungere la grandezza di una noce e poi rimase quasi stazionaria. Da circa 5 mesi, durante gli ultimi mesi della gravidanza, la t. aumentò di volume sino a raggiungere quello di un'arancia. Attribuisce il gozzo all'uso della gerla ed all'acqua dell'unico pozzo del paese. Non ha preso medicinali ma, desiderosa di togliersi la infermità, ha fatto qualche applicazione esterna che non sa precisare. All'esame obiettivo si constata nel lobo destro della tiroide una tumefazione del volume di un'arancia, fluttuante, liscia, a forma sferoide. Nulla negli organi interni. Intelligenza discreta, sviluppo fisico regolare.

Cura: Con un ago da calomelano, introdotto nella ciste, si fa gocciolare un po' del liquido cistico che è di colorito brunastro: poscia s'introduce un cmc. della soluzione di iodio ctgr. 1, ioduro potassico ctgr. 2 ed acqua distillata cmc 1. Dopo 2 giorni si aspira gran parte del liquido cistico (circa cmc. 120) e si iniettano 2 cmc. della soluzione. Tale pratica fu seguitata ogni 3-4 giorni ed ogni volta veniva aspirato il contenuto della ciste ed iniettata, in dose progressiva sino a cmc. 5, la soluzione. La quantità di liquido cistico che potevasi estrarre era variabile ma non superò quella della 2.a seduta. A cominciare dalla 11.a s'iniziò visibilmente la decrescenza della tumefazione, alla 14ª se ne constatò la scomparsa e l'iniezione di 1 cmc. venne praticata con ago sottile e nello spessore del parenchima glandolare. Il liquido man mano che scemava di quantità diveniva di colorito più chiaro e più fluido: in ultimo sembrava un liquido ascitico. Oltre alla cura locale furono praticate giornalmente per circa 2 mesi in. generali nelle regioni glutee di un cmc. della stessa soluzione: esse però furono eseguite prima e dopo della cura locale e ciò allo scopo di non introdurre nell'organismo una quantità eccessiva di iodio, tenuto conto che ne venivano iniettate nella ciste fino a ctgr. 5. A guarigione ottenuta il collo appariva normale; alla palpazione si avvertiva nel luogo dove aveva avuto sede la ciste, un piccolo nodulo di consistenza maggiore che il restante parenchima glandolare. Rivista l'inferma dopo un anno la guarigione si manteneva. Le fu consigliato di ripetere un'altra serie di iniezioni iodiche generali.

OSSERVAZIONE II. — *Gozzo parenchimatoso.* C..., M..., anni 13 contadina, sorella della precedente. Porta la gerla dall'età di 10 anni. Non ancora mestruata. Intelligenza scadente; sviluppo fisico normale. Ha bevuto sempre acqua dell'unico pozzo del paese. Nulla d'importante nell'an. nè all'es. obb. generale. Da un anno circa si è accorta della tumefazione al collo. La tiroide si palpa aumentata di volume, della grandezza di un uovo.

Cura: Secondo le norme su esposte si praticano iniezioni parenchimatose, alternativamente nei due lobbi della tiroide, colla soluzione iodica. La prima in. si pratica di 1/2 cmc. le successive di 1 cmc. ed alla distanza di 3-4 giorni. In tutto n. 11 iniezioni. In. gen. nelle regioni glutee di un cmc. della stessa soluzione, giornalmente, per due mesi, eccetto nei giorni della in. locale. Esse vengono incominciate prima della cura locale e continuate dopo sospesa questa. La riduzione della tumefazione si cominciò a constatare dalla 5ª in. Dopo l'ultima il collo si presenta normale e nessuna tumefazione è più appariscente. La glandola si palpa ridotta quasi al suo volume normale e aumentata di consistenza. Rivista dopo un anno la guarigione si manteneva. Le fu consigliato di ripetere le inezioni generali.

Tanto questa inferma che la sorella tollerarono benissimo la cura: non accusarono alcun dolore nè durante nè dopo l'iniezione e se ne ritornavano a piedi alla loro abitazione, distante circa un'ora di strada in montagna. L'in. non provocò turgescenza della glandola.

OSSERVAZIONE III. — *Gozzo cistico e gelatinoso del lobbo* sin. M... T..., anni 26. Donna di casa. Risiede nell'attuale paese da 4 anni. Nulla d'importante nell'anamnesi. Circa tre anni e mezzo fa, mentre era incinta, cominciò a notare gonfiore al lato sinistro del collo, che in questi ultimi mesi si è accentuato. Ha preso goccie e messo pomate che non sa precisare, ma senza alcun effetto. All'esame obiettivo il lobo sinistro della tiroide si palpa della grandezza di un mandarino, di consistenza ineguale, molle-elastica, in qualche punto fluttuante. Anche il lobo destro si palpa lievemente ingrossato.

Una sorella di anni 23 venuta ad abitare assieme a lei da sei mesi, ha notato in questi ultimi tempi un aumento di volume del collo. Infatti vi si riscontra un'incipiente gozzo.

Cura: in. iodiche dapprima generali, poi parenchimatose nel lobo sinistro. Allorchè l'ago penetrava in una piccola ciste si vuotavano quei pochi grammi di liquido e si iniettava la soluzione iodica. In complesso furono praticate, a distanza di 3 a 8 giorni, 6 iniezioni glandolari di cui 2 parenchimatose e 4 dentro cavità di cisti. L'inferma era di temperamento eccitabile e non era possibile ottenere che stesse ferma. Asseriva che per 1-2 giorni dopo l'iniezione avvertiva dolore alla glandola che effettivamente subiva una modica turgescenza. Scomparsa questa, il volume di essa si apprezzava diminuito rispetto a quello che aveva prima dell'iniezione; dopo la sesta era ridotta alla metà. Non ho creduto di continuare la cura dato il modo di reagire dell'inferma, sia coi suoi fenomeni generali di na-

tura nervosa, sia coi fatti locali e data la natura del gozzo. La cura d'iniezioni iodiche generali, iniziata prima di quella locale, non fu seguitata dalla paziente. Alla distanza di 6 mesi essa divenne incinta ed il gozzo riprese il suo primitivo volume.

OSSERVAZIONE IV. — N... N... Cretino, girovago di anni 21. *Gozzo cistico del lobo sinistro*, in parte retrosternale, della grandezza di un'arancia. Fu praticata dal tenente dott. Zappalà la cura locale come nell'osservazione I, a distanza di 4-8 giorni. Nessuna reazione e nessun incidente. La cura generale non fu potuta eseguire. Man mano il liquido diminuì di quantità e si modificò e la tumefazione si ridusse alla grandezza di una nocciola dopo la 7ª iniezione. Nei movimenti respiratori non provocava più impaccio alla respirazione e questa aveva perduto il carattere fischiante che aveva allorchè l'infermo venne alla nostra osservazione. Non ho potuto più rivederlo.

RIEPILOGANDO: In un caso di gozzo cistico si è avuta la guarigione; in un 2° questa si può considerare come quasi completa. In un caso di gozzo parenchimatoso si è pure ottenuta la guarigione; in un 2° si è dovuto sospendere la cura ritenendola controindicata, ed il gozzo, dapprima ridotto, ha ripreso il suo decorso specialmente sotto l'influsso ben noto della gravidanza. Ma credo che anche seguitando la cura, in questo caso il risultato probabilmente sarebbe venuto a mancare, giacchè non sarebbe stato possibile portare la soluzione in ognuna delle piccole cisti.

Accanto a queste osservazioni ve ne sono altre 6 nelle quali si tratta di donne, fra cui tre sorelle, nelle quali si notava un modico aumento di volume *in toto* della tiroide, tale da far dire alle pazienti di avere il collo grosso, cosa tanto temuta fra le ragazze di quelle regioni.

Ora in tutti questi casi la cura con le iniezioni generali di soluzione iodica per un periodo di circa 2-3 mesi ha prodotto una notevolissima riduzione del volume della glandola con grande soddisfazione delle pazienti. E quasi certamente le osservazioni potrebbero sorpassare il numero indicato, perchè so di molte che si son fatte praticare le iniezioni generali dalla levatrice o da altre donne del apese, avendo visto i risultati ottenuti nelle altre.

Ciò viene a confermare il valore terapeutico dell'iodio nel gozzo e tanto più per quanto l'affezione trovasi all'inizio.

Fra i casi curati con la cura generale ve ne sono altri tre nei quali trattavasi di morbo di Basedow in forma frusta. In un'inferma si aveva un gozzo appena accennato e un modico esoftalmo, tremori ed agitazioni; in un'altra, oltre al gozzo, tremori, agitazioni, insonnia, fenomeni vasomotori, palpitazioni e tachicardia ad accessi; nella terza, oltre al gozzo, dimagramento notevole, agitazione, fenomeni vasomotori ed accessi di palpitazione ed aritmia cardiaca con o senza tachicardia (cuore clinicamente organicamente sano). In queste ultime due il gozzo era antecedente da gran tempo ai sintomi Basedowiani. Conoscendo che l'iodio viene generalmente considerato come controindicato nel gozzo esoftalmico, fui dapprima restio ad usarlo, ma avendone constatato il favorevole risultato nel gozzo semplice ne volli tentare l'uso sotto una stretta sorveglianza quotidiana. Assieme alla cura iodica veniva prescritta l'antitiroidina (dell'Istituto Sieroterapico Milanese) ed a periodi secondo i casi il Digalen o Kinetolo ed anche bromuri in piccole dosi. In un secondo periodo le iniezioni di iodio venivano alternate con altre di ferro e arsenico. L'iodio è stato ben tollerato e non ha dato disturbi: le pazienti ne sono state notevolmente migliorate e il gozzo si è ridotto di volume (in una della metà). Evidentemente al miglioramento degli altri sintomi Basedowiani ha contribuito l'azione esplicata dagli altri medicinali e più dall'antitiroidina che ha mostrato una azione non dubbia. Non ho la pretesa, nè l'intenzione, di trattare della cura del morbo di' Flaiani: ho voluto soltanto fermare l'attenzione sulla questione della controindicazione dell' iodio e far noto il risultato di qualche osservazione, che può essere utile in pratica.

E me ne permetto un'ultima che riguarda i disturbi Basedowiani cardiaci. In genere si trova descritta la tachicardia accessionale, ma non la aritmia con intermittenza: però questa può osservarsi, accompagnata o no a tachicardia, sotto forma di accessi improvvisi della durata di qualche ora e meno, o di una giornata, a distanza di giorni o di mesi, e per un periodo di parecchi anni (con cuore clinicamente e organicamente sano). Seguo da circa 8 anni un'inferma affetta da forma frusta di morbo di Flaiani-Basedow nella quale si hanno accessi di tachicardia modica con intermittenza o di sola intermittenza. La natura Basedowiana di tali sintomi è stata confermata da distinti medici.

Finisco queste brevi note con due parole sull'etiologia. Dire che il gozzo in quelle regioni è ereditario è come nulla dire. Il prof. Arcangeli crede possibile che l'affezione, che sarebbe di natura parassitaria, possa trasmettere a mezzo delle cimici. Ho voluto inquisire su tal punto, ma posso assicurare che tale parassita è rarissimo, se non sconosciuto, nelle abitazioni in quei monti. Se si chiede ai gozzuti a che cosa attribuiscono il loro male, invariabilmente rispondono: all'acqua ed all'aria e le contadine vi aggiungono l'uso della gerla. Certamente quest'ultimo non è

da disprezzarsi: per convincersene basta guardare l'enorme tensione dei muscoli del collo e la stasi venosa che vi si produce, allorchè queste disgraziate, gravate del loro carico che va fino ai 40 kg., si arrampicano su per le strade di montagna. Nelle due sorelle di cui è parola nell'Oss. III[a], il gozzo si è sviluppato dopo la loro permanenza nel paese dove esso è endemico. In un solo dei soldati nostri, dopo un anno circa di soggiorno, si è sviluppato un piccolo gozzo cistico. Per quanto riguarda l'influenza dell'ambiente, è convinzione che lasciandolo appena compare il temuto ingrossamento del collo ed emigrando nelle città, si evita il danno: ed infatti questa è una delle cause dell'emigrazione delle ragazze che se ne vanno anche prima che spunti il gozzo.

Roma, gennaio 1919.

NOTE E CONTRIBUTI.

Contro l'abuso dei preparati iodici come topici della gola.

V'era un tale che si affrettava a prendere una medicina «fin che faceva bene», alludendo alla volubilità nella moda anche in fatto di terapia; oggi — come un tempo il sublimato corrosivo — è in gran voga lo iodio, specialmente sotto forma di tintura e di soluzione glicerica.

Le ben note virtù curative dello iodio giustificano sino a un certo punto questo largo maneggio: sono infinite le applicazioni topiche della tintura in discorso a scopo rubefacente, rivulsivo, coagulante, antiparassitario, per modificare e disinfettare superfici cutanee e mucose infiammate e suppuranti; e sovente con buon risultato, dato che, oltre alla proprietà sterilizzante ormai sancita dal metodo di Grossich, il Bier nel suo libro sulla *Iperemia da stasi,* asserisce che l'applicazione della tintura in superfice modifica la circolazione profonda delle parti.

Ma la complessa azione farmacologica dello iodio — sulla quale naturalmente io sorvolo — non scagiona l'uso continuo, il più spesso senza alcuna indicazione e sovente inopportuno e controindicato che i pazienti, non autorizzati dal medico o anche da questi non a sufficienza edotti dei pericoli a cui si espongono, fanno della tintura di iodio e della soluzione glicerica nella gola.

Quando un individuo si dipinge ferocemente, sino a procurarsi delle ustioni della cute, un ginocchio o una metà del torace, ciò non ha, anche se le sofferenze che inducono il malato a tale terapia reclamavano altro rimedio, conseguenze gravi; ma quando — come ora specialmente succede, per il timore dell'epidemia influenzale — si veggono soggetti che, a scopo di profilassi e di disinfezione oro-faringea, ogni giorno si passano dei pennelli ruvidi e intrisi di soluzioni alcooliche iodiche, producendo lesioni chimiche della mucosa faringea, abbiamo il dovere di richiamare i medici su questo rischioso modo di agire.

Nell'armadio farmaceutico di ogni famiglia esiste la soluzione in discorso e al più piccolo disturbo naso-faringeo, si ricorre, senza discutere, senza prescrizione, ad essa, anche se invecchiata e alterata dal tempo; e nella nostra pratica incontriamo individui che si guastano la gola con crudeltà, mentre non hanno bisogno di alcun rimedio, oppure dovrebbero usare degli alcalini e dei modici calmanti. Dai bambini portatori di tonsille ipertrofiche, con accensioni flogistiche, agli adulti con forme catarrali croniche dipendenti da lesioni nasali, si usano pennellature sfarzose di iodio senza limiti di alcun genere; e dopo avere tanto insistito, peggiorano e debbono ricorrere al laringologo, con la gola arrossata, tumida, a mucosa disepitelizzata, erosa, con pseudo-pilastri di colorito rosso-vinoso e sovente sanguinanti, con le tonsille palatine procidenti, a superfice ineguale e fungosa. A queste lesioni provocate ad arte corrispondono qualche volta imponenti disturbi subbiettivi e funzionali.

Ricordo un giovinetto, il quale perchè affetto da una lieve faringite consensuale a una classica rinite ipertrofica, veniva sottoposto senza risparmio a pennellature di tintura di iodio in faringe dall'infermiere del convitto in cui si trovava, e che ne ebbe un grave risentimento di tutte le stazioni glandolari cervicali e sottomascellari: quando lo esaminai presentava un tipico «collo proconsolare».

Questi effetti non debbono sorprendere quando si consideri che l'azione ossidante e distruttiva dello iodio è tanto energica. Si pensi che basta una soluzione 1:5000 per arrestare lo sviluppo dei germi della putrefazione e del bacillo del carbonchio.

Dal nostro punto di vista hanno grande interesse le ricerche sperimentali di M. e W. Lewis sull'azione che lo iodio esplica sulla struttura del protoplasma delle cellule coltivate *in vitro.* Essi sottoposero le colture artificiali di tessuti all'azione di vapori di iodio, collocando inferiormente al copri-oggetti al quale aderisce la col-

tura, un cristallino di iodio; notarono così che i mitocondri vengono fissati in forma di filamenti e di granuli di un rosso-scuro. In tal caso la cellula veniva immediatamente uccisa dai vapori di iodio. Cervello e Levi, in ricerche analoghe, videro invece, con meraviglia, che la presenza di quantità rilevanti di iodio è compatibile con la vita e l'accrescimento delle cellule coltivate: pur ammettendo che esistano notevoli differenze nella composizione chimica dei varii protoplasmi, si è portati ad ammettere che la loro capacità di assumere iodio si arresti ad un certo limite, compatibile con la vita degli elementi anatomici, oltrepassato il quale lo iodio non combinato rimanga inattivo nel mezzo ambiente. Ad ogni modo sono ricerche che richiedono nuovi controlli.

Ora, lo iodio sulle mucose — specie del primo tratto respiratorio e digerente — ha delle virtù terapeutiche che vanno applicate caso per caso, precisandole e individualizzandole. Potrà usarsi nelle tonsilliti croniche come risolvente, in forma di gargarismi, oppure nelle faringiti atrofiche, come avvivante e stimolante del torpore dei tessuti. Neumann raccomandò nell'angina difterica dei tratti di pennello con

Iodio metallico	cgr.	40
Alcool assoluto.	gr.	20
Cloroformio	cgr.	20

Loeri oppose alle faringo-tonsilliti recidivanti l'uso metodico del gargarismo composto di:

Iodio metallico	cgr.	20
Tannino.	ana gr.	2
Ioduro di potassio . .		
Acqua	gr.	100

Ma non dobbiamo dimenticare che l'azione tossica dello iodio sui tessuti del nostro organismo dipende — come quella degli altri alogeni, bromo e cloro — dalla sua grande affinità per l'idrogeno, nell'impadronirsi del quale decompone la molecola organica e forma *acido iodidrico* che, a sua volta, dispiega effetti di caustico e di irritante.

E appunto quella forma di cui più si abusa, cioè la soluzione glicerica, è stata suggerita per esaltare l'efficacia medicamentosa locale dello iodio, impedendone il rapido svaporarsi con unirlo alla glicerina.

Strana antinomia quella per cui si debba, dopo oltre venti secoli, richiamare il fallace raziocinio umano alla applicazione dell'ippocratico *primum non nocere!*

Roma, gennaio 1919.

GUGLIELMO BILANCIONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Adunanza del 31 gennaio 1919.

Presidenza: Prof. dott. D. BARDUZZI, *pres.*

Sulla pandemia attuale influenzale.

Il *Presidente* ha giudicato suo dovere di richiamare l'attenzione degli accademici sulla opportunità di prendere in esame l'attuale pandemia influenzale, portandovi ciascuno il proprio contributo, perchè è oramai evidente che esistono ancora molte lacune, sia nella etiologia, come nella nosologia, ed anche nella terapia di questo morbo che oramai ha invaso tutto il mondo.

L'O. che studiò la pandemia del 1889 e 1890, osserva che clinicamente l'attuale ha presentato e presenta dei quadri clinici assai diversi, e che è necessario di stabilirne non solo il vero elemento patogeno, ma eziandio le forme cliniche molto varie, come il loro andamento ed i postumi, ed in particolare le complicanze da simbiosi bacteriche.

Rispetto poi alla terapia crede sia indispensabile di fissare dei criteri più razionali e più esatti essendo fino ad ora prevalso un empirismo vestito di scienza, anche con la cura dei vaccini, dei sieri, come delle iniezioni endovenose di fenolo e di chinino.

Rivista sintetica sull'etiologia dell'influenza.

F. NERI. — Rilevato l'accordo quasi completo circa la natura influenzale dell'attuale pandemia, passa rapidamente in rassegna la più recente bibliografia relativa alla epidemiologia e alla etiologia.

La difficile riproduzione sperimentale dell'influenza rende straordinariamente arduo lo studio del problema etiologico di questa infezione. Non può quindi recare sorpresa se i risultati ottenuti in questo campo non sono ancora pienamente esaurienti.

Nel problema etiologico dell'influenza, l'esistenza di un virus filtrabile rappresenta però ormai un termine essenziale.

Compito delle ulteriori ricerche sarà di allargare il controllo della filtrabilità, di studiare la proprietà del nuovo virus, e di meglio determinare l'importanza e l'estensione delle associazioni batteriche.

Sulla disinfezione chimica degli sputi (*Nota I*).

F. NERI. — I buoni risultati ottenuti da Ottolenghi e Londini (1913) impiegando il sublimato

come mezzo pratico di distruzione del virus tubercolare negli ambienti, hanno indotto l'A. a studiare la disinfezione degli sputi tubercolari umidi con soluzioni di sublimato.

Da una lunga serie di saggi risulta che le soluzioni di sublimato al 5, al 10, e perfino al 20 %, capaci di disinfettare singoli nummuli in circa 6 ore, non sono più efficaci, quando agiscono in doppio volume, sopra una massa muco-purulenta di circa 50 cmc.

Per riprodurre le condizioni della pratica, l'A. ha evitato di agitare energicamente la miscela, limitandosi a sommergere completamente la massa dello sputo con la soluzione disinfettante.

Questi risultati sono in opposizione con quelli ottenuti anche recentemente da altri autori.

L'A. conclude affermando che il sublimato non può in pratica essere impiegato per la disinfezione degli sputi tubercolari.

L'A. con esperienze in corso si è messo alla ricerca di altre soluzioni disinfettanti di uso pratico.

Sulla resistenza del bacillo di Eberth all'azione della luce solare ed a quella dell'essiccamento.

Dott. A. CARTBONI. — Ha fatto numerose serie di esperienze con stipiti diversi di tifobacillo emulsionati in vari mezzi nutritivi.

Essendo molteplici le condizioni di esperimento ed essendo molti dei risultati ottenuti dall'A. non troppo dissimili da quelli ottenuti da altri studiosi, basterà rilevare quanto segue:

L'A. in una serie, adopera provette contenenti 10 cc. di acqua di condotta, urina, brodo, in cui emulsiona 1 ansata di agarcoltura di 24 h.

Alcune provette sono esposte alla luce solare diretta (T. 46° — 49°,5 C); altre alla luce diffusa ed altre al buio (T. ambiente 8° — 30° C).

Nelle prime i germi restano uccisi in meno di 120′ (acqua); in meno di 180′ (urina); in meno di 330′ (brodo).

Nelle provette alla luce diffusa, la morte dei bacilli avviene rispettivamente in meno di 46, 73, 170 giorni: ed in quelle al buio di 64, 87. Nel brodo i germi sono ancora vivi dopo 190 giorni.

La resistenza del tifobacillo nelle medesime emulsioni risulta di molto inferiore quando si sperimenta con piccole quantità di liquido, in sottilissimo strato. Infatti stendendo delle goccie di liquido infetto sopra i vetrini copri-oggetti, ed esponendole alla luce diretta del sole ed all'essiccamento all'aria, si ottiene la sterilizzazione in 4′-6′ nelle emulsioni in acqua; in 15′-20′ in quelle in orina ed in 20′-25′ in quelle in brodo. L'azione della luce pare quindi molto più energica quando sia accompagnata da quella di un rapido disseccamento. Tanto è vero che impedendo l'essiccamento delle goccie, mediante l'opportuna aggiunta di nuove goccie di liquido sterile, si ha una notevole differenza, e la morte dei germi avviene rispettivamente in 35′-60′, 60′-75′, 115′-125″.

In altre esperienze fatte con diversi tessuti e con pezzetti di pelle di vitello infettati con le solite emulsioni bacillari, l'A. ha osservato, che la sterilizzazione per azione della luce solare, avviene in un periodo di tempo variabile che nelle emulsioni in acqua va da 50′-60′ per la lana; 40′-50′ per la seta; 70′-100′ per il lino ed il cotone; 100′-130′ per la pelle.

Nelle emulsioni in orina e più ancora in quelle in brodo la sterilizzazione richiede maggior tempo in tutti i tessuti.

Nelle prove alla luce diffusa la morte dei germi avviene con molto ritardo. Nella seta, ad es., che nelle emulsioni batteriche in acqua è quella che richiede meno tempo, si richiedono 3-5 giorni: al buio 9-11 giorni.

Sulla disinfezione dell'acqua delle vasche da bagno dei tifosi.

Dott. A. CARBONI. — Premesso che la disinfezione dell'acqua delle vasche da bagno dei tifosi generalmente non viene praticata neppure negli ospedali, l'A. fa rilevare il grave e continuo pericolo che può derivarne per il personale infermiere e per i malati che in seguito devono fare il bagno nelle stesse vasche infette, e che inoltre vi è la possibilità, in certi casi, di inquinare il suolo e le acque sotterranee o superficiali.

Da molti è stato consigliato l'uso del fenolo al 5 %.

L'A. preconizza di portare l'acqua a 80°-90° C.

Può valere all'uopo una presa di vapore. Può pure usarsi uno scaldabagno. L'A. ha trovato molto utile uno speciale scaldabagno, il quale, sia nella pratica privata che in quella ospedaliera, può essere adoperato molto facilmente. È costituito di un semplice secchio, munito di griglia interna, di un tubo di tiraggio e di un cercine alla base, in modo da permettergli di galleggiare senza rovesciarsi. Per portare l'acqua della vasca alla temperatura di 80° C. e più, basta immergere l'apparecchio ripieno di carbone acceso, nell'acqua del bagno. Per ogni disinfezione sono sufficienti 2-3 kg. di carbone vegetale.

In questo modo si ottiene, con una minima spesa, la disinfezione nei casi di tifo, di paratifi, di colera, di dissenteria.

B.

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arte.

Adunanza ordinaria del 15 dicembre 1918.

Alessandro Massaria (1524-1598) e la dottrina Veneta dei contagi.

R. MASSALONGO. — Scopo di questa Lettura del compianto prof. Massalongo fu quello di illustrare la vita e l'opera di una delle più splendide figure dell'Archiginnasio Padovano nel luminoso periodo della Rinascenza, di *Alessandro Massaria,* questi, Alessandro Benetti e Girolamo Fracastoro, sono i veri fondatori, su fondamenta scientifiche, della *Dottrina dei contagi.*

Misure e proporzioni del corpo umano.

G. FAVARO. — L'A. comunica uno studio sulle misure e proporzioni del corpo umano stabilite da Leonardo da Vinci.

A. DIAN.

COMMENTI.

Altro contributo sulla profilassi chininica nell'influenza.

La nota del tenente medico dott. G. Betti comparsa nel n. 6 dell'ottimo « Policlinico », mi dà occasione di confermare anche per quanto riguarda l'Ospedale specializzato per Malarici di Brunate (Como) l' osservazione ben constatata della immunità dei degenti per l' epidemia d' influenza. Mentre in paese infuriava il morbo con molti esiti letali, degli oltre 400 malarici (di cui molti gravi) sottoposti alle rigorose cure chininiche non si ebbe a verificare alcun caso d'influenza. Solo si notarono cinque casi leggerissimi fra i cinquanta soldati di Sanità che naturalmente non erano chininizzati.

Il Dirett. dell'Osp. Mil. di Riserva di Brunate: MASCIARDI dott. GIUSEPPE.

Nel « defluvium capillitii » post-influenzale.

Il dott. UMBERTO SCALFI, da Varenna, dopo avere accennato a questa non rara evenienza, aggiunge:

Ho potuto stabilire che il *defluvium capillitii* si è verificato in quei casi in cui l'influenza aveva avuto carattere di gravità e quindi lunga durata, e a preferenza in persone giovani di sesso femminile.

Devo aggiungere che io ebbi molto a lodarmi della seguente ricetta:

Acido tannico.	gr.	1
Tintura di cantaride	»	5
Tintura di china.	»	15
Spirito di lavanda	»	30
Acqua di rose q. b. per fare.	»	100

S. Per frizioni sul cuoio capelluto.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

I postumi della meningite cerebro spinale epidemica.

I. Rosanoff (*Iournal American Medical Association,* 1918, 2 novembre), ha avuto occasione di osservare numerosi casi di meningite cerebrospinale e di studiarne a lungo i postumi. Una buona percentuale di individui che hanno sofferto tale malattia presentano per un tempo più o meno lungo dei disturbi, di cui i più comuni ed i più importanti sono i seguenti: *a*) limitazione della flessione della colonna vertebrale; *b*) abnorme esauribilità; *c*) dolori al dorso, alle gambe ed al capo; *d*) tendenza alle vertigini ed ai deliqui; *e*) astenia; *f*) tendenza all'ambliopia ed alla fotofobia; *g*) diminuzione dell'appetito ed insonnia accomapgnate da uno stato di denutrizione.

La limitazione della flessione della colonna vertebrale è sopratutto accentuata alla regione cervicale: molte volte non si è in grado di flettere il capo sul tronco fino a raggiungere lo sterno, come avviene normalmente.

L'abnorme esauribilità è presente in tutti i casi, benchè in grado diverso: ad ogni sforzo, talvolta anche minimo, si ha affanno, palpitazione, tremore, senso di stanchezza, dolore ai lombi ed alle gambe.

Anche i dolori al dorso, alle gambe ed alla testa sono presenti quasi sempre. Questi dolori possono essere costanti anche durante il riposo, ma per lo più si verificano in determinate posizioni.

Il dolore può essere provocato o esacerbato dalla pressione su alcuni punti come il vertice del capo, le apofisi spinose, il coccige, i popliti.

La tendenza alle vertigini ed ai deliqui è presente nella maggior parte dei casi. Un improvviso movimento può causare una vertigine, uno sforzo eccessivo un deliquio con improvvisa caduta e perdita di coscienza. In qualche caso si ha un vero accesso epilettico.

La cefalea, le vertigini, i deliqui e la perdita di coscienza si manifestano sopra tutto in seguito a sforzi, incurvamento della persona, movimenti improvvisi o esposizione al sole: per tali fatti la sindrome postmeningitica è simile alla sindrome atopica consecutiva ai gravi traumi cefalici.

L'ambliopia si manifesta durante la lettura specialmente quando i caratteri tipografici sono piccoli. Il disturbo pare dovuto ad una debolezza dei muscoli oculari, senza però che i movimenti del bulbo siano compromessi. Nei casi

nei quali l'ambliopia è molto marcata c'è anche fotofobia.

La diminuzione dell'appetito e la insonnia sono fenomeni secondarî allo stato infettivo generale o anche alla persistenza dei dolori.

La sindrome postmeningitica finora non è stata giustamente riconosciuta, e solo i casi più gravi si imponevano all'attenzione del medico. Certo è che sotto questo riguardo tutti i convalescenti di meningite cerebro-spinale dovrebbero essere convenientemente esaminati e curati. La cura più appropriata è il riposo, il ritorno all'attività normale in modo gradualmente progressivo, una buona nutrizione ed un trattamento ricostituente.

DR.

Febbre intermittente da setticemia meningococcica.

La febbre intermittente di setticemia meningococcica è un'evenienza rara, tanto che Netter, il quale si occupa del caso, che riportiamo, l'ha osservata in tutto 8 volte su 458 malati (*Presse méd.*, settembre 1918, n. 50).

Nel caso in questione si tratta di un ragazzo quindicenne, il quale per un mese presentò accessi di febbre a tipo quotidiano, più raramente terzanario, con insorgenza mattutina o pomeridiana, e con tutti i caratteri dell'accesso malarico (brivido, sudore, splenomegalia). La diagnosi non fu fatta che quando insorsero i sintomi meningei, ed allora si istituì il trattamento specifico, che portò a guarigione.

Netter stesso riconosce la difficoltà della diagnosi, quando ogni manifestazione meningea manca; l'unico segno che può metter su la via è la comparsa di un esantema eritematoso, con rare petecchie. Allora l'emocoltura, l'iniezione nella cavia, la siero-reazione e la precipito-reazione possono chiarire il concetto diagnostico, con il grandissimo vantaggio di fare istituire la cura serica, mercè la quale in genere si ottiene la guarigione.

G. SABATINI.

Stati meningei nella malaria.

Le reazioni meningee nella malaria sono state notate da parecchi autori, fra i quali Laveran, Barrillon, Alliot, Appel, de Mouzon (*Paris médical* 28 sett. 1918), hanno osservato in un ospedale dell'Africa settentrionale una decina di casi, che avevano fatto pensare dapprima ad una epidemia di meningite da meningococchi.

Risulta dalle osservazioni che talvolta la scena è dominata completamente dai fatti meningei (febbre, rigidità della nuca, Kernig), senza che si pensi alla malaria. Altre volte, quando se ne fa la ricerca accurata, si trovano gli accessi tipici: altre volte infine fenomeni meningei e fenomeni malarici vanno di conserva, e quelli hanno l'intermittenza di questi.

Il liquido cefalo-rachidiano può essere normale o presentare tutte le alterazioni possibili: quando esso è torbido, con molti polinucleari, si può pensare ad una genuina infezione da meningococco: questo però non è mai stato trovato.

Manca, ad ogni modo, di solito, un parallelismo fra le manifestazioni cliniche e le reazioni del liquido cefalo-rachidiano. È caratteristica inoltre la brevità del ciclo degli stati meningei e la loro evoluzione generalmente favorevole, come pure la loro comparsa quasi esclusiva in soggetti giovani.

In presenza di una reazione meningea in un malarico o in un individuo che ha abitato o viaggiato in paesi malarici, bisogna dunque pensare ad una manifestazione localizzata della malattia; l'esame microscopico del sangue deve essere il complemento indispensabile della puntura lombare e dell'analisi del liquido cefalo-rachidiano.

La terapia in tali casi deve essere energica e consistere nell'iniezione endovenosa di alte dosi di chinino-uretano.

I. P.

Le forme cliniche del tetano localizzato.

Cumston (*New York Medical Journal*, 1918, pag. 505) fa un'ampia esposizione delle forme cliniche del tetano localizzato. È noto che il tetano sperimentale comincia sempre con la contrattura dei mucoli prossimi al punto di inoculazione e se la dose è sufficiente la contrattura si diffonde poi a tutti i muscoli. Nell'uomo invece il tetano comincia quasi sempre ai muscoli della mascella e non manifesta alcuna predilezione per i muscoli prossimi alla parte infetta. Anzi spesso le contratture appaiono e rimangono stabilmente localizzate alla regione opposta a quella della ferita.

Nell'uomo il tetano si presenta localizzato solo eccezionalmente: ma durante la guerra, forse in rapporto all'uso profilattico del siero, le forme locali sono diventate più frequenti.

Una delle forme più interessanti di tetano locale è quella splancnica: consiste nella contrattura dei muscoli della deglutizione e della respirazione seguita da parossismi di soffocazione con spasmo glottideo. Può aggiungersi trisma e rigidità nucale. Il tetano splancnico è dovuto ad inoculazioni viscerali — intestinale, rettale, vaginale, uterina — ed è tra le più gravi

forme perchè conduce a morte in meno di 48 ore per asfissia o sincope.

Le altre forme di tetano localizzato differiscono notevolmente dalla precedente, perchè sono a decorso molto lungo. La incubazione è lunga ed in molti casi, non sempre, il processo si sviluppa nella regione infetta.

Si hanno quattro forme di tetano cefalico. La *prima* è caratterizzata da trisma e talvolta da una certa difficoltà di deglutizione. C'è anche rigidità nucale e contrattura non marcata dei muscoli facciali. Nella *seconda* forma c'è paralisi facciale: la ferita è sempre alla faccia e più comunemente alla regione orbito-nasale. C'è trisma e disfagia e talvolta così dolorosi da assumere un tipo idrofobico. Il fenomeno più rilevante di questa forma è la paralisi del facciale, per lo più limitata ad una delle branche del nervo, e localizzata allo stesso lato della ferita. Come in tutti i casi di tetano locale il decorso è lento e la morte, che si verifica nel 60 % dei casi, è dovuta a paralisi bulbare. Nella *terza* forma c'è paralisi oculare con strabismo e ptosi più o meno marcati. Nella *quarta* c'è paralisi dell'ipoglosso accompagnata sempre da trisma e rigidità nucale.

La forma unilaterale di tetano è caratterizzata da contratture in un sol lato del corpo che invadono progressivamente la parte opposta.

Il tetano locale degli arti può colpire le estremità superiori o inferiori. Dopo l'incubazione abitualmente lunga ci sono tre fasi. La prima fase o pretetanica è di solito breve, dura da uno a tre giorni, ed è caratterizzata da dolori violenti all'arto senza rigidità muscolari. Nella seconda fase ci sono contratture con parossismi dolorosi ai più piccoli movimenti: i muscoli sono tesi al massimo limite, rigidi ed in iperestensione. All'arto superiore c'è flessione, all'arto inferiore estensione. Se non compaiono altri fatti la prognosi non è cattiva; non c'è ipertermia, ma talvolta si ha trisma e rigidità nucale in grado leggero. Questa fase non dura mai più di una quindicina di giorni. Segue la terza fase o post-tetanica, caratterizzata da contrattura permanente ma senza parossismi dolorosi: l'arto colpito è immobilizzato in un attitudine fissa che dura un mese ed anche più. Seguono deformità, retrazioni atrofie, disturbi vasomotori per modo che la convalescenza è lunga.

Le varie forme cliniche di tetano degli arti possono essere divise in tetano paraplegico degli arti superiori ed inferiori ed in tetano monoplegico. Nel tetano paraplegico degli arti superiori, questi sono a contatto col torace, l'avambraccio flesso sul braccio, la mano sul polso. Gli spasmi dolorosi accentuano la contrattura.

Il tetano paraplegico degli arti inferiori è più comune: il piede è in equinismo; le gambe sono in forzata estensione sulle coscie, e queste sulla pelvi. C'è anche di solito un certo grado di contrattura dei muscoli addominali. Il trisma e la rigidità nucale ordinariamente mancano.

DR.

Ipersensibilità costituzionale e asma nervosa.

De Besche (rifer. in *Medical Record*, 31 agosto 1918) ha accertato, in 13 casi di asma su 31, che gli accessi venivano provocati da prodotti sensibilizzanti di origine animale o vegetale: in 11 da equini, in 1 da gatti ed in 1 da polline presumibilmente di grano; negli altri 18 casi l'A. non potè scoprire alcun agente sensibilizzante organico.

Nell'asma ippogeno i soggetti mostrano una reazione congiuntivale specifica: se col polpastrello si tocca dapprima la cute di un cavallo e poi il bulbo oculare del soggetto, compaiono immediatamente rossore, lacrimazione e lieve edema palpebrale.

In 5 casi si ottenne anche una reazione cutanea: una goccia di siero di cavallo deposta su di una scarificazione, provocava la produzione di una bolla.

In un caso di asma ippogeno l'iniezione di 2 cmc. di siero antidifterico di cavallo produsse uno stato somigliante allo *shock* anafilattico della cavia. Dopo guarigione il soggetto rimase libero dagli attacchi d'asma per quattro mesi; poteva strigliare un cavallo ed entrare impunemente in una stalla od in un circo; qualche volta però l'affezione accennò a ricomparire.

L'iniezione nel peritoneo di una cavia di 5 cmc. di siero proveniente da un sofferente di asma ippico trasportò passivamente nella cavia l'ipersensibilità alle proteine di cavallo.

Alcuni di questi soggetti ignoravano completamente l'azione patogena esercitata su di essi dal cavallo: in tali casi la reazione cutanea e quella congiuntivale si dimostrarono di speciale valore. Altri conoscevano sin dall'infanzia i rapporti della loro malattia con i cavalli; altri infine sapevano che la loro ipersensibilità specifica per i cavalli si era manifestata solo ad un certo momento della loro vita.

L'asma ippogeno per sè non è malattia famigliare; ma può presentarsi in più membri di una stessa famiglia con tendenza all'asma bronchiale ed alla febbre da fieno.

In alcuni casi di asma ippogeno l'accesso veniva provocato unicamente dal cavallo; in altri poteva esserlo anche dalla presenza di altri animali, come bovini, pecore, conigli, cani, ecc.;

alcuni erano soggetti anche alla febbre da fieno; un paziente presentava accessi di asma anche dopo aver mangiato delle fragole.

In un caso l'asma era accompagnato da lieve colica e diarrea; in un altro da vomito e da dolori addominali; infine in certi individui queste manifestazioni sembravano essere non complicazioni, ma equivalenti dell'asma: manifestazioni vicarianti.

Nel caso dell'asma da gatto si ottenne tanto la reazione congiuntivale quanto quella cutanea.

In genere si parla di sensibilità alle proteine animali; ma la sostanza sensibilizzante non è di natura proteica, poichè è volatile; può essere presente anche nella forfora e nel sudore.

È molto pericolosa l'iniezione di siero antidifterico di cavallo in soggetti con asma ippogeno; ma non presenta nessun pericolo nell'asma di altra natura, come pure nella febbre da fieno, in specie se le reazioni cutanea e oftalmica sono state negative.

L. V.

TERAPIA.

Sul trattamento della scabbia.

I casi di scabbia si osservano ora con una certa frequenza, non solo fra le truppe ma anche nella popolazione civile, ed è bene conoscerne i metodi razionali e più semplici di cura.

Questi consistono (Dubreuil, *Journ. de Méd. de Bordeaux,* luglio 1918) nel bagno caldo nelle strofinazioni della pelle con spazzola e sapone molle e nell'applicazione dell'unguento. Le due prime pratiche, per quanto utili, hanno in certo modo delle limitazioni; così p. e. certe parti delicate, come le mammelle, il pene, la palma della mano, la pianta del piede non possono subìre dure strofinazioni, mentre poi gli spazî interdigitali, le pieghe non possono venire raggiunti con la spazzola.

Il sapone molle è irritante, mentre una prolungata applicazione dell'unguento può provocare una vera eruzione medicamentosa.

Come acaricida, l'A. consiglia: Naftolo β p. 10: balsamo del Perù, solfo precipitato, sapone molle ana p. 20; sugna p. 200; tale quantità serve per tre applicazioni, a giorni alterni.

L'essenziale però è il modo di applicazione, che è il più spesso errato, perchè si trascurano le parti, in cui maggiormente si annidano i parassiti; accade così che la maggior parte dei casi ostinati e delle recidive è dovuta al fatto che le palme delle mani non vengono trattate convenientemente. L'applicazione dell'unguento va fatta strofinandolo accuratamente su *tutta* la superficie cutanea, con speciale attenzione alle mani ed ai piedi, tralasciando solo la faccia ed il cranio; si devono impiegare in tale bisogna dai 15 ai 20 minuti. L'applicazione si farà preferibilmente la sera; dopo di essa il paziente calzerà dei guanti e delle calze spalmate di unguento all'interno e si metterà a letto con biancheria pulita. Al mattino seguente prenderà un bagno e ripeterà il trattamento al terzo ed al quinto giorno, rinnovando l'ultima volta la biancheria, in quanto che le femmine del *sarcoptes* possono vivere anche 24 ore al di fuori del corpo umano. La susseguente irritazione cutanea potrà calmarsi con bagni amidati e con applicazioni di unguenti all'ossido di zinco od al catrame.

ivi.

Trattamento del sudore fetido.

L'iperidrosi dei piedi e delle ascelle è molto molesta, perchè il sudore si corrompe facilmente e determina un fetore sgradevolissimo e perchè macera la pelle e dà origine a piaghe.

Non è facile averne ragione.

Oltre alle cure igieniche (frequenti lavaggi con acqua fresca, preferibilmente non usare le sottoascelle impermeabili, portare scarpe di tela, ecc.) sono stati preconizzati molti rimedi.

Uno dei più recenti e dei più efficaci è il cloruro d'alluminio, proposto dal medico americano Stillians; si usano soluzioni al 5 % in acqua distillata, con le quali si umetta leggermente la parte, ogni due o tre giorni; poi si lascia seccare. Tre applicazioni bastano quasi sempre per ottenere un miglioramento notevolissimo.

Se il disturbo si ripete, si rinnuovano le applicazioni.

Alle volte la glicerina pura spennellata sui piedi basta a far sparire il fetore.

Anche le soluzioni di permanganato potassico al 5 ‰ sono state trovate efficaci, per il lavaggio dei piedi.

Un vecchio rimedio è la formalina; si può usarla diluita al 2 % per le ascelle e al 10 % per i piedi, dei quali conviene umettare la sola pianta (tra le dita protrebbero prodursi escoriaioni e piaghe); l'uso ne va protratto per alcune settimane.

Più attive, e perciò da usare con maggiore prudenza, sovratutto alle ascelle, sono le soluzioni di acido cromico, come:

R.: Triossido cromico gm. o cmc. 2.5
Acqua. . . . . » » 50.—

S.: Per pennellazioni, una volta alla settimana.

Meno attiva, ma più accetta, è la miscela:

R. Acido tannico	gm. o cmc.		5
Alcool	»	»	100
Acqua	»	»	200

S.: Per lavaggi, due volte al giorno.

Varie polveri disseccanti e antisettiche sono state pure proposte, come:

R. Acido borico	gm. o cmc.		10
Talco purificato	»	»	100
R. Acido salicilico.	gm. o cmc.		5
Sottonit. di bism.	»	»	40
Stearato di zinco.	»	»	20
R. Acido salicilico.	gm. o cmc.		2
Sottonit. di bism.	»	»	20
Amido	»	»	20

È stata anche preconizzata recentemente in Germania la tintura di iodio, da Gerdeck. È bene di far precedere ogni applicazione da un pediluvio. Non verranno tralasciati gli spazi interdigitali, le pieghe, gli orli ungneali, ecc.; soltanto l'arco della pianta potrà essere risparmiato, perchè più disposto alla dermatite. Anche dopo lunghe marcie, a epidermide macerata, si tollerano 2-3 spennellature di tintura officinale; solo per gli spazi interdigitali, più delicati, è preferibile di cominciare con una soluzione diluita al 5 % (mediante alcool); poi si passa alla soluzione satura. Si ripetono le applicazioni tutti i giorni; quando l'iperidrosi è totalmente scomparsa, basta una spennellatura quotidiana al 5 %, fino a che la cute non sia indurita.

Se dopo qualche settimana di attesa l'iperidrosi si riproduce, si ripete la cura.

Le soluzioni di cloruro d'alluminio, di formalina, di triossido cromico e la tintura di iodio, alle volte cagionano una dermatite che suole essere accompagnata da prurito. Si riesce a emendarla proteggendo la parte contro lo strofinio degli indumenti e mercè applicazioni lievemente antisettiche e astringenti, come la vaselina borica al 12 %, la pomata all'ossido di zinco, la lozione americana al carbonato di zinco (calamina). Si può incorporarvi un po' di fenolo (0.5 %) o umettare prima la parte con fenolo (4 %), quando v'è prurito.

Nei casi più ribelli d'iperidrosi, i raggi X hanno ragione dell'affezione. Si tratta di una cura costosa e d'eccezione, che va affidata a persona sperimentata, per evitare che determini una radiodermite molto molesta.

(*Journal Americ. Med. Assoc.*, 1918; *Deutsche medic. Wochens.*, 1918).

L. V.

DIAGNOSTICA.

Tabelle per diagnosi differenziali.

EMATEMESI.	EMOTTISI.
Anamnesi di malattia gastrica, epatica, splenica.	Anamnesi di disturbi polmonari.
Il sangue è vomitato.	Il sangue è espulso con la tosse.
Sangue scuro e non schiumoso, che può essere commisto a cibo	Sangue schiumoso e rutilante, che può essere commisto a sputi.
Preceduta da vertigini o da debolezza.	Preceduta da vellichio alla gola.
Nausea e peso all'epigastrio.	Dispnea e dolore al petto.
Seguita spesso da melena.	Non seguita di solito da melena.

GLAUCOMA.	IRITE.
Età: oltre i 40 anni.	Qualunque.
Tensione: aumentata.	Normale.
Congestione: generale specialmente sclerale.	Generale, specialmente circumcorneale.
Cornea: annebbiata ed appannata.	Annebbiata.
Pupilla dilatata, ovale.	Contratta con sinechie.
Dolore grave e continuo.	Specialmente notturno.
Visus molto ridotto.	Talvolta ridotto.

ERISIPELA.	ECZEMA ERITEMATOSO.
Inizio subitaneo con brividi e sintomi generali marcati.	Mancanza di sintomi generali.
Eruzione nettamente marginata.	Striscie circondate da pelle sana.
Superficie liscia, come verniciata; notevole edema.	Superficie opaca, squamosa: lieve infiltrazione.
Colore violaceo.	Colore rosso.
Dolore cocente.	Più marcato il senso di prurito.
Presenza di piccole vescicole o bolle.	Le vescicole si notano a chiazze.
Diffusione progressiva periferica.	Diffusione irregolare.
Decorso acuto.	Decorso cronico.
Contagioso.	Non contagioso.

I. P.

(Da *Medical Record*, 7 dicembre 1918).

MEDICINA SCIENTIFICA.

Funzioni della tiroide e terapia tiroidea.

Sappiamo con tutta certezza che le glandole a secrezione interna assumono una parte notevole nel metabolismo. Tuttavia se noi tentiamo di precisare le funzioni di questi organi, ci ingarbugliamo ben presto in un ginepraio d'ipotesi in conflitto tra loro, alcune delle quali non resistono neppure ad una critica superficiale. La designazione, un bel po' prosuntuosa, di « endocrinologia », si riferisce in realtà ad una raccolta di congetture, qua e là oscurate dalla casistica clinica.

L'opoterapia, che deriva da cognizioni così incerte, è quanto mai malsicura. Le sue migliori applicazioni — come l'uso della pituitrina — sono empiriche. Sarebbe indispensabile di raccogliere nuovi elementi incontrovertibili sulla fisiologia e sulla patologia delle glandole a secrezione interna, perchè l'opoterapia potesse poggiare su basi un po' meno malferme.

A dire il vero, qualche contributo sostanziale in tal senso è stato portato negli ultimissimi tempi. Vediamone un esempio.

Ricerche rigorosamente condotte sopra animali tiroidectomizzati, in cui sono state prese le precauzioni necessarie per non asportare e non ledere le paratiroidi, hanno dimostrato a N. W. Janney e V. I. Isaacson (*Arch. Int. Med.*, agosto 1918, p. 160) che si determina in essi una ipoglicemia non dubbia e che, al tempo stesso, viene ritardata l'eliminazione del glucosio dal sangue. Ci si spiega dunque lo scarso tasso di glucosio circolante nel mixedema e nel cretinismo.

Siccome l'ipoglicemia è stata riscontrata anche nel morbo di Addison, nei disordini della ipofisi ed in altri stati endocrini mal definiti, come la distrofia muscolare progressiva (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 11 mag. 1918, p. 1376), già era stata avanzata l'ipotesi che questo sintoma riveli una ipofunzione delle glandole a secrezione interna, di cui la tiroide può esser presa ora come paradigma (Cfr. L. Mamman e I. I. Hirschmann. *Arch. Intern. Med.*, nov. 1917).

Ad ogni modo, risulta evidente una relazione intima tra la tiroide ed il metabolismo idrocarbonato.

Ancora più interessanti sono i fatti emersi nei riguardi del metabolismo azotato. Era noto da tempo che la somministrazione di preparati di tiroide può stimolare la disintegrazione dei tessuti. In un tentativo fatto per chiarire questo comportamento, Janney e Isaacson (loco citato, agosto 1918, p. 174) hanno studiato l'eliminazione dell'azoto urinario in animali con ipotiroidismo e con ipertiroidismo sperimentali. Non potè essere accertata nessun'azione elettiva sull'urea, sull'ammonio e sulla creatinina; soltanto l'eliminazione dei corpi purinici sembrò depressa nell'ipotiroidismo, esaltata nell'ipertiroidismo. Ma molto più nuovi ed inattesi sono i risultati avutisi in una serie speciale di ricerche eseguite da Janney (*Ibidem*, agosto 1918, p. 187) sul bilancio azotato: contrariamente all'assunto generalmente ammesso, dosi terapeutiche di preparati tiroidei provocarono *aumento delle riserve azotate dell'organismo;* solo dosi tossiche determinarono perdita di azoto e diminuzione delle proteine del corpo.

Un fatto d'importanza eccezionale verrebbe, così, ad essere acquisito alla terapia: la perdita di azoto consecutiva alla medicazione tiroidea sarebbe una manifestazione tossica, un indice di dosaggio eccessivo, un segno di ipertiroidismo.

Janney avvalora questo nuovo assunto rilevando che la soppressione della funzione tiroidea in età giovanile determina un rallentamento dello sviluppo, fatto proprio del cretinismo, mentre adottando una medicazione tiroidea idonea, lo sviluppo viene ripreso: dunque *l'azione terapeutica della tiroide si accompagna a guadagno, non a perdita, di peso.*

Secondo Janney, la deficiente eliminazione di azoto nel cretinismo è secondaria a deficiente riparazione, a rallentamento dei processi di sviluppo, che stanno sotto il controllo della tiroide: i processi costruttivi si rallentano, quindi viene assimilato ed utilizzato poco alimento e si deprime anche l'escrezione di azoto. Il rallentamento del metabolismo azotato non andrebbe considerato affatto come secondario a disturbi digerenti. Quanto all'adiposità, che a volte si osserva nel cretinismo, essa sarebbe legata al perturbamento del ricambio idrocarbonato.

Sotto questi nuovi punti di vista, il problema terapeutico e il dosaggio dei preparati di tiroide possono considerarsi come avviati verso una soluzione concreta, se non definitiva. (*Journal Amer. Medic. Assoc.*, 30 nov. 1918, p. 1826).

L. V.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1046) *Sifilide vaccinale.* — All'abb. n. 10216: La sifilide vaccinale si manifesta in principio con un sifiloma iniziale, o sifilosclerosi, nel punto in cui, con l'innesto del vaccino, fu inoculato il virus sifilitico: ciò può accadere tanto nel caso che l'esito della vaccinazione riesca positivo quanto nel caso contrario.

Il sifiloma, che assume per lo più la forma papulosa o ulcero-crostosa, si presenta, al pari degli altri sifilomi, dopo 3 o 4 settimane dal-

l'avvenuto contagio. Il processo di cicatrice suole iniziarsi in generale, e quando non intervenga in tempo una cura adatta, dopo 4 o 6 settimane. (Cfr. FOURNIER: *Leçons sur la syphilis vaccinale*, raccolte dal Dr. PORTALIER).

V. MONTESANO.

(1047) *Pleurite essudativa.* — All'abb. n. 6574: Le attuali condizioni della pleura rappresentano un processo di guarigione. Lo stato migliorerà con il tempo, con la comune ginnastica respiratoria, che è legata a razionale esercizio fisico, con l'alimentazione e cura di aria (preferibilmente marina), con l'uso di ricostituenti specialmente arsenicali. Non possediamo mezzi diretti ad eliminare la minorata funzione polmonare in breve tempo; le cure antitubercolari (anche quelle sulle quali si ha ancora qualche fede) possono essere dirette contro altri focolai, non contro l'esito cicatriziale d'un processo acuto ormai spento.

t. p.

(1048) All'abb. n. 3432 consigliamo: *Maladies des Veines et des Sympathique* della collezione BROUARDEL e GILBERT (Baillière et fils - Paris) o la traduzione italiana edita dall'Unione Tipografico Editrice Torinese.

t. p.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

A. MURRI. *Saggio di perizie medico-legali.* — Prezzo L. 10. Editore N. Zanichelli. Bologna.

Pochi uomini possono, quando il ciclo della loro vita scientifica ufficiale è chiuso, avere il vanto di godere la stima e l'ammirazione dei contemporanei ancora e talvolta più per quel che sono che per quel che furono. Augusto Murri è tra questi. Le perizie medico-legali, la cui conoscenza dobbiamo al prof. Gnudi, che ne ha sollecitata e curata la pubblicazione, sono state scritte a distanza di anni l'una dall'altra: la prima sulla pneumonite contusiva nel 1887, l'ultima su una pretesa neurastenia traumatica nel 1918. Eppure in tutte, nell'ultima come nella prima, si rileva immutato il patrimonio dottrinario, immutato il vigore intellettuale, immutata la forma letteraria. Le perizie medico-legali sono tutte capilavori di scienza e di arte. Varie d'argomento presentano tutte lo stesso rigorismo scientifico, la stessa potenza dialettica, lo stesso stile chiaro, preciso, convincente.

Ed anche in questa manifestazione del suo pensiero che par scostarsi dalla sua abituale attività di scienziato e di clinico A. Murri ha voluto essere maestro, maestro ed educatore. La medicina legale, specie in materia d'infortunistica, da che è diventata mestiere di procaccianti si è allontanata da ogni sano criterio, non diciamo di scienza, ma di serietà e di sincerità.

Chi ha pratica di questo campo dell'attività professionale medica sa come si sia deviato dal retto e dal giusto: si cerca di deformare, acconciare la scienza agli interessi più o meno illegittimi degli individui. A. Murri porta anche in questo oscuro e fangoso dibattersi di appetiti un raggio di luce, luce di verità e di moralità. Egli con le sue perizie insegna a dare ai sintomi il loro giusto valore, a concatenarli nei loro veri rapporti di causa ad effetto; insegna ad osservare ed a ragionare.

A. Murri scrive per giuristi e per medici: eppure ha mirabilmente risoluto il problema di riuscire chiaro e suasivo per i profani senza stuccare i competenti.

Dalla natura del componimento trascinato alla polemica volgare, egli vi resiste nobilmente: discute, contraddice, corregge senza pretenzioni, senza offese.

Le perizie del Murri infine costituiscono modelli pregevoli di arte del dire; in esse, l'insigne clinico di Bologna, conferma la sua fama d'essere tra i migliori prosatori italiani.

G. DRAGOTTI.

COURTOIS-SUFFIT e R. GIROUX. *La cocaïne.* — Un vol. in-16, di 228 pag. Masson e C.ie ed. Parigi. Prezzo L. 4.

Il cocainismo, purtroppo, ha raggiunto una grande diffusione specialmente nei grandi centri popolosi ed in certi ambienti, nei quali alle altre corruzioni ed agli altri pervertimenti, si è aggiunta anche questa intossicazione volontaria, che rode e falcidia le giovani esistenze.

Giunge quindi in buon punto questo libro, in cui gli AA. studiano la questione dal punto di vista dell'igiene sociale e della medicina legale. Vivaci e piccanti sono le descrizioni degli ambienti in cui la «*coco*» ha i suoi proseliti, dei trucchi e delle astuzie messe in opera per lo smercio.

Ampia è la trattazione degli effetti fisio-patologici della droga, della sintomatologia, della cura, ecc. Un'ultima parte riguarda le considerazioni legali; giustamente però gli AA. osservano che le leggi possono soltanto mirare alla repressione, mentre verso la profilassi debbono appuntarsi gli sforzi dell'educazione e dell'igiene.

FIL.

FERRANNINI prof. LUIGI. *Il fosforo rosso e la sua azione sull'organismo animale.* — Un vol. in-8, di oltre 150 pag., con tavole separate. Estratto dalla Rassegna di Assicurazioni e previdenze sociali.

È noto che per ovviare ai gravi danni, che il fosforo produce nella salute di coloro che lo maneggiano, si è venuto ad imporre la sostituzione del fosforo bianco con il fosforo rosso. Ma, secondo l'A., tale sostituzione è stata fatta alla leggiera, paghi di poche e grossolane ricerche, di superficiali osservazioni, secondo le quali il fosforo rosso sarebbe perfettamente inocuo.

L'A. con una serie di minuziose ricerche, condotte per lungo tempo su animali d'esperimento, ha dimostrato che il fosforo rosso è una sostanza sicuramente tossica, che esige quindi delle precauzioni nel maneggiarlo. Il pericolo maggiore per il fosforo rosso è costituito dalla penetrazione per via gastrica.

FIL.

Dott. IGNAZIO DI PACE. *La crisi della carne. Il valore alimentare e la digeribilità delle carni congelate per mezzo del freddo.* — Istituto di Batteriologia della R. Scuola superiore di agricoltura in Portici.

L'A., dopo aver esposte le cause dell'attuale crisi della carne e aver proposto l'uso delle carni congelate e refrigerate, per riparare in parte a quella crisi, espone il principio empirico della conservazione delle carni per mezzo del freddo e la base scientifica di detta conservazione, dimostrando come le basse temperature impediscano lo sviluppo dei microrganismi e rallentino i processi chimici che si sviluppano nella cellula dell'animale morto. Poscia descrive le modificazioni macro- e microscopiche che avvengono nelle carni conservate per mezzo del freddo; e cerca di interpretare e spiegare il lavorìo endocellulare della frollatura. In fine, in base ad esperimenti chimici e a prove culinarie, conclude che la carne congelata e refrigerata ha lo stesso valore nutritivo della carne fresca e che si digerisce bene al pari di questa.

a. a.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

GALLI GIOVANNI: Il cuore nell'esercito. Un biennio di cardiopatologia militare. — Roma, 1918.

RONCHETTI VITTORIO: Contributo alla casistica della spondilite sifilitica. Considerazioni circa l'importanza clinica della reazione di Bordet-Wassermann. — Milano, 1917.

ROLLESTON J. D.: Isolated nasal diphtheria. — London, 1917.

VENEMA T. A.: Ueber Agglutination hypagglutinabler Typhusbazillen. — Müncher, 1917.

QUARENGHI F. M.: Contributo allo studio della così detta Malattia di Madelung. — Milano, 1918.

SAMAJA NINO: Porpora emorragica da piccole dosi di chinina. — Milano, 1918.

LOSIO LIVIO: Per la utilizzazione della cartilagine epifisaria del perone nella sostituzione peroneotibiale. — Pavia, 1918.

RÜHL CARLO: Sui sifilomi iniziali extragenitali e sulla sifilide di origine extrasessuale. — Milano, 1918.

PUSATERI SANTI: Nella vita militare. Studio medico legale sul simulatore ed autolesionista dell'orecchio, con riguardo alla sua figura antropopsicologica. — Palermo, 1918.

DE DOMINICIS NICOLA: Intorno alla chirurgia del pancreas, alle correlazioni funzionali del medesimo e relative supplenze. — Napoli, 1917.

GIORDANO D.: Insalata latina. Ove si acconciano orecchi perforati, l'aceto di Annibale, e le ova di Matteo de Gradi. — Siena, 1918.

MINGAZZINI GIOVANNI: Contributo allo studio clinico degli spasmi funzionali della lingua. — Firenze, 1918.

SCARNATI FRANCESCO: Meningite cerebro-spinale epidemica. — Cosenza, 1918.

LAUREATI F.: Sindrome da insufficienza tireoparatiroidea familiare. — Napoli, 1916.

PICCININI PRASSITELE: Malattie e stimmate degli scopai. — Milano, 1918.

VIDONI GIUSEPPE: Il riflesso gluteo nella sciatica. — Catania, 1918.

SCASSARO CESARE: Per la statizzazione dell'industria farmaceutica. — Milano, 1917.

LEVI ETTORE: L'assistenza degli invalidi di guerra per malattia. Organizzazione e funzionamento dei Comitati Provinciali anti-tubercolari. — Roma, 1918.

CARDON GIUSEPPE: Morte improvvisa per paralisi cardiaca da insufficienza aortica, in coincidenza di lavoro. (Relazione peritica). — Roma, 1918.

FINIZIA PLACIDO: Enterocolite mucosa comune. — Milano, 1918.

FOCHERINI ATTILIO: Pagine di storia del diritto internazionale. — Carpi (Emilia), 1918.

GRASSI ERNESTO: Brefotrofio Provinciale di Milano. Relazione generale per l'anno 1917. — Milano, 1918.

PALOMBI ERMANNO: Pasta alimentare completa per il vettovagliamento delle truppe in guerra. — Compobasso, 1918.

SANTORO EMANUELE: Sulle ferite del seno longitudinale superiore. — Bologna, 1918.

PUTELLI F.: Sordità, mutità e sordomutità isterotraumatiche. — Biella, 1917.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Nell'Associazione Nazionale dei medici condotti.

Il 9 febbraio si adunò in Milano, presso l'Ordine dei Medici il Consiglio di Presidenza. Erano presenti: Villa, *presidente;* Biscioni, Martinelli e Vaccino, *vice-presidenti*; Pellegrini e Secchieri, *segretari;* Carobbio, *economo-cassiere.* Scusò l'assenza il *vice-pres.* Malusardi, indisposto.

Sede del Congresso. — Il dott. Villa comunica che la sede del Consiglio è definitivamente stabilita presso l'Ordine dei Medici della provincia di Milano, per cortese adesione del commissario prefettizio prof. Clivio.

Crisi di presidenza. — Il dott. Villa fa presente l'impossibilità in cui trovasi di rimanere nella carica, per incompatibilità di indole morale, rilevatasi nei riguardi della sua posizione di funzionario delle Ferrovie dello Stato.

Dopo discussione, si vota ad unanimità il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio di Presidenza, avuta comunicazione delle difficoltà che la Direzione delle Ferrovie oppone alla accettazione per parte del dottor Villa della carica di presidente generale;

nel mentre esprime tutto il suo rincrescimento nel doversi privare del nome caro e stimato di chi fu il primo e massimo organizzatore dei medici condotti d'Italia, e sul quale contava anche oggi per richiamare alle nuove battaglie tutti i componenti la nostra grande famiglia;

prende atto delle dimissioni del dott. E. Villa dalla carica di presidente generale e anche nella considerazione che, essendo la sede dell'Associazione in Milano, il presidente deve risiedere non troppo lungi da questo centro, chiama ad assumere l'*interim* della Presidenza il vice-presidente dott. Alfredo Martinelli, già noto ai soci per la sua intelligenza ed attività e che rappresenta così degnamente la classe nella Commissione per la compilazione della legge sulle Assicurazioni contro le malattie.

Ripete inoltre la dichiarazione già fatta al Congresso di Firenze che « intende limitata la « sua opera, oltre che al disbrigo delle pratiche « di ordinaria amministrazione, alla riorganizza- « zione della Associazione, attualmente in istato « di grave deperimento, ed allo studio dei più « urgenti problemi da presentarsi al Congresso « che si terrà nel prossimo settembre a Trieste; « dopo di che si dovrà procedere alla completa « rinnovazione delle cariche ».

« Il Medico Condotto ». — Il presidente dà comunicazione del contratto stipulato per la pubblicazione del Bollettino della Associazione. Per i primi due mesi dell'anno questo continuerà ad essere spedito a tutti i 7000 soci nominativi: in seguito lo sarà ai soli soci paganti.

Lavoro di propaganda. — Si conferma la suddivisione del lavoro di propaganda nel senso che: Vaccino attenda specialmente alla riorganizzazione del Piemonte e della Liguria; Martinelli per la Lombardia e Veneto; Biscioni per l'Emilia, Toscana, Romagna; Malusardi per l'Italia Centrale e Sardegna; Grandoni per l'Italia Meridionale e Sicilia.

Secchieri dà notizie del lavoro iniziato da lui. Percaccini e Zambler per la organizzazione dei medici delle terre redente.

Domande di sussidi. — Il segretario Pellegrini presenta cinque domande di sussidi, pervenute alla Presidenza. Il Consiglio è spiacente di non poterle accogliere perchè fu già esaurito il fondo disponible.

Cassa pensioni. — Riconosciuta la necessità di fare pressione sul Governo per ottenere la tanto invocata riforma sulla Cassa Pensioni, il Consiglio delibera di presentare immediata domanda per l'accettazione delle richieste più urgenti e già definitivamente concretate dall'Associazione e dà mandato ad una commissione composta dai dott. Martinelli, Cingolani, Secchieri, Biscioni, Belli e Percaccini per studiare tutte quelle altre proposte che dovranno poi essere discusse e deliberate dal prossimo Congresso.

Smobilitazione. — Il Consiglio ad unanimità delibera l'invio del seguente telegramma al Ministero della guerra, Direzione Generale Sanità Militare:

« Consiglio Presidenza Associazione Nazionale « Medici Condotti invoca sollecito congedo me- « dici condotti necessari assistenza popolazione « civile e regolarità servizio sanitario ».

Aumento stipendio. — Con voto unanime si delibera di inviare al Ministro dell'Interno il seguente telegramma:

« Consiglio Presidenza Associazione Medici « Condotti riaffermando imprescindibile neces- « sità rendere obbligatorio aumento stipendi im- « piegati Enti locali, segnala grave malcontento « medici condotti per vana attesa provvedi- « mento ».

Si dà mandato al vice-presidente dott. Malusardi di spendere la sua opera personale presso i due Ministeri, per far accogliere le domande dei medici condotti.

Federazione degli Ordini dei medici.

Nei giorni 29, 30 e 31 marzo, avrà luogo in Roma il IV Congreso della Federazione degli Ordini dei Medici.

Molti ed interessanti sono gli argomenti posti all'ordine del giorno. Ci riserviamo di darne, a suo tempo, il programma.

Ordine dei medici della Provincia di Roma.

Il Consiglio Amministrativo, nella sua ultima seduta, ha approvato il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, preoccupato della assoluta deficenza del servizio sanitario in molti Comuni della Provincia, ed essendo in possesso di elementi dai quali risulta che varie Amministrazioni Comunali hanno dovuto corrispondere — in momenti di gravità e di urgenza — somme ingenti per prestazioni mediche saltuarie ed incomplete, con grave danno della salute e degli interessi pubblici, fa voti perchè le competenti autorità si inducano a riconoscere la assoluta necessità di un pronto rimedio a tale stato di cose, e, di conseguenza, i provvedimenti di smobilitazione annunciati per gli ufficiali dell'Esercito siano al più presto emanati per gli ufficiali medici titolari o comunque disimpegnanti il servizio di condotte sanitarie nei Comuni del Regno ».

Il Consiglio si sta altresì attivamente occupando affinchè ai Medici Assimilati, che tra breve saranno dispensati dal servizio, venga corrisposta l'indennità di congedamento, concessa agli ufficiali di complemento in proporzione degli anni di servizio prestato.

Ordine dei medici della Provincia di Firenze.

L'assemblea dell'Ordine dei medici ha approvato il seguente ordine del giorno:

« L'ordine dei Medici della Provincia di Firenze, nell'assemblea del 23 febbraio 1919, considerato che la classe medica ha il dovere sociale di affrettare l'approvazione delle leggi a tutela della salute pubblica e di affermare in essa l'iniziativa propria, delibera di affidare ad una commissione la redazione di un programma di *politica sanitaria* da presentarsi ai candidati nelle prossime elezioni generali e di appoggiare quei candidati che si impegneranno a propugnare l'approvazione delle leggi conformi a quel programma.

« Delibera di prendere accordi colla Presidenza della Federazione degli ordini dei Medici per stabilire le modalità delle onoranze da rendersi ai Colleghi caduti per la Patria ».

Ordine dei medici della Provincia di Padova.

Sotto la presidenza del dott. Adelchi Zambler, assistito dal segretario dott. Girolamo Pavari, ebbe luogo una assemblea dell'Ordine dei medici.

Il presidente lesse una patriottica relazione. Rilevò le benemerenze dei medici militari e civili. Accennò al movimento degli iscritti, molto limitato. Ricordò i morti: dottori Meneghesso Levandro, Piccoli Giulio, Sarcinelli, Zancan, Adelchi e Marchi Attilio.

Prospettò infine la futura azione dell'Ordine nello studio e nel risolvimento dei problemi del dopo guerra.

La relazione fu approvata all'unanimità. La quota per il 1919 fu stabilita in lire 15. Furono quindi aprovati vari ordini del giorno: per la assistenza ai riformati per tubercolosi; per la smobilitazione dei medici; per l'aumento delle tariffe; sui limiti d'età nei concorsi; per un Albo d'onore dei caduti; per gli studenti di medicina.

Infine venne aperta una sottoscrizione per onorare il collega Paolucci.

Per gli aiuti e gli assistenti universitari smobilitati.

Riceviamo:

Pavia, 27 febbraio 1919.

Illustre Signor Direttore,

Mi consenta un breve chiarimento alla lettera del collega « N. N. - aiuto di clinica » pubblicata nel fascicolo 8 del *Policlinico.*

L'*Associazione Nazionale fra gli Assistenti Universitarii* esiste tuttora, ed ha ripreso, in questo mese, la propria attività, che, con la tutela dei legittimi interessi degli assistenti, si prefigge il conseguimento di un migliore assetto degli studi superiori. Se tale attività ora solamente l'Associazione nostra ha potuto riprendere, la ragione ne è chiara, poichè dall'inizio della guerra fino a pochi giorni or sono, il maggior numero di noi, e così il sottoscritto, furono lontani dalle rispettive università, per il compimento di altri doveri.

Con la ripresa della vita universitaria, abbiamo ripreso il nostro posto, e ci siamo anche occupati della questione della indennità di smobilitazione, negata a noi, come a tutti gli impiegati di Stato: e, delle risposte che il Governo darà a questa ed alle altre nostre richieste, i colleghi saranno informati non appena sarà possibile.

Ma poichè una organizzazione deriva la propria forza sovratutto dal consenso costante di tutti coloro che ne dovrebbero far parte, è necessario che i non pochi colleghi che della nostra si sono in passato disinteressati, non facciano altrettanto ora, quando il problema dell'Assistentato ha assunto una tale gravità, da minacciare di rendere illusori i benefici affetti di una qualsiasi generale riforma universitaria, qualora alle condizioni attuali dell'Assistentato stesso non vengano posti *urgenti* e *veramente adeguati ripari.*

Del che, in altro momento, spero che Ella, illustre signor Direttore, mi consentirà di scrivere più a lungo nel « Policlinico ».

Con ringraziamenti ed ossequi

Dev.mo A. PATTA

Pres. Ass. Naz. Assistenti Universitari.

SERVIZI SANITARI.

Assistenza ospedaliera.

A proposito della lettera pubblicata sotto questo titolo nel n. 8, pag. 253, il prof. Edoardo Ligorio, direttore dell'Ospedale civile di Venezia, ci scrive:

I direttori d'Ospedale, in due dei loro congressi hanno studiato insieme la questione dell'assi-

stenza ospedaliera, hanno rilevato lo stato di fatto insostenibile in cui ci si trova, ed hanno prospettato la necessità di istituire delle scuole professionali, da cui trarre il personale di assistenza immediata. Il tema forma l'oggetto particolare di un ordine del giorno votato nel 1910 e forma parte di altro ordine del giorno votato nel 1911 e che riguardava varie riforme della assistenza ospedaliera.

Un congresso non poteva nè doveva fare di più e detti ordini del giorno furono, colle debite dilucidazioni, mandati alle competenti autorità centrali che non disconobbero mai la necessità di provvedere e mantengono oggi gli affidamenti dati in allora, del che dobbiamo tutti saper loro buon grado.

I direttori di ospedale hanno per primi riconosciuto la necessità a che l'importante problema fosse, nella sua soluzione, sottratto ad ogni influenza locale e particolaristica.

Siamo perciò pienamente d'accordo che si debba continuare nella via intrapresa, che è la sola buona. Ripeto: una proposta concreta di riforma non poteva essere emanazione di una associazione o di un numeroso consesso, cui spetta mostrare gli inconvenienti e dare le linee generali per rimediarvi; doveva invece essere l'opera di un numero di persone limitato, purchè scrupolosamente scelto.

Ora i frutti non potranno mancare.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7625) *Farmacie - Numero - Ubicazione.* — Dott. A. C. da S. A. Secondo la vigente legge sulle farmacie nei Comuni con numero di abitanti inferiore a 5000 possono assere piazzate le aziende farmaceutiche non solo con riguardo alle necessità della assistenza farmaceutica ma anche in rapporto alle condizioni topografiche e di viabilità, con che, però, ogni farmacia sia lontana l'una dall'altra almeno 500 metri. Il numero di esse deve essere, pertanto, subordinato a tali condizioni e può essere tale quale il bisogno il richieda.

(7628) *Regolamento generale sanitario - Sessennii - Pensioni.* — Dott. G. R. da C. Il regolamento generale sanitario porta la data del 19 luglio 1906. Esso non reca l'obbligatorietà della concessione del sessennio ma ne dà solo facoltà ai Comuni inferendo nei rispettivi capitolati analoghe disposizioni. Di guisa che il medico condotto può pretendere l'aumento sessennale sol quando nel relativo capitolato ne è stato riconosciuto il diritto. Lasciando il servizio dopo dieci anni si ha diritto alla indennità quando si dimostri che siasi reso il sanitario inabile a continuarlo per ragioni di salute. L'ammontare di tale indennità, giusta l'articolo 21 della legge sulle pensioni, consiste in una somma per una volta, ragguagliata ai due terzi del valore capitale della pensione teorica ottenuta mediante l'applicazione delle tabelle regolamentari. Per poter farle conoscere l'entità effettiva di essa, è necessario che ci faccia conoscere la sua età. Le dimissioni si possono presentare sempre che si vogliono, ma, però, non si può lasciare il posto se prima non vengono accettate dal Consiglio Comunale, tranne che la nomina non sia a termine, nel qual caso alla scadenza di questo si è liberi di andare altrove.

(7629) *Supplente - Conferma in carica.* — Dott. N. P. da T. La sua prima nomina non poteva aver valore di sorta dal momento che Ella la rifiutò, indicando modalità diverse cui dovea essere sottoposta. Il posto di supplente deve, quindi, ritenersi nuovamente acquisito dal giorno in cui il Comune, accettando le proposte modalità, Le notificava la relativa deliberazione consiliare. Del resto la nuova deliberazione con cui si stabiliscono le predette nuove modalità virtualmente annulla la precedente.

(7630) *Aumento di stipendio - Supplenza.* — Dott. C. R. da M. C. Per la supplenza del collega chiamato sotto le armi Ella non riceve stipendio ma un semplice compenso od indennità, che non è suscettibile dello aumento stabilito dal D. L. del 10 febbraio 1918 appunto perchè non è stipendio. D'altronde l'articolo 8 del predetto Decreto esclude dallo aumento quei sanitarii che coprono temporaneamente posti i cui titolari si trovino sotto le armi.

(7631) *Pagamento della ricchezza mobile.* — Dott. N. F. da Z. di G. Ella ha ragione. Il Comune non può ritenersi la imposta di R. M. sullo intero stipendio ma bensì solo su quella parte di esso che effettivamente Le corrisponde, cioè, sulla differenza fra quello militare e quello civile. Altrimenti Ella, su parte dello stipendio, verrebbe a pagare due volte la detta imposta. Faccia domanda al Sindaco per il rimborso del di più pagato ed in caso di esito infruttuoso, si rivolga al Prefetto della Provincia.

(7632) *Medico condotto. - Tassa di esercizii.* — Dott. C. T. da R.: Il medico condotto non è, come tale, soggetto alla tassa esercizii perchè è un impiegato comunale e, quindi, esente pel tassativo disposto dell'articolo 3, n. 1 del regolamento approvato con R. decreto del 23 marzo 1902, n. 113. Ella, però, che esercita anche liberamente la professione, è soggetto alla tassa limitatamente al reddito che tale esercizio Le procura.

Per il disimpegno della seconda condotta va parimenti compreso nella tassa perchè per tale esercizio Ella assume, quantunque in linea provvisoria, la veste di impiegato municipale. Contro la matricola compilata dalla Giunta comunale si può ricorrere entro 15 giorni dalla notificazione alla Commissione di accertamento comunale e poscia, in grado di appello, alla G. P. A. che decide previo parere della Camera di commercio della Provincia.

(7633) *Aumento di stipendio*. — Dott. E. V. da C.: per la supplenza che Ella ed il collega esercita nella condotta vacante, non riceve stipendio ma, come è detto anche nel quesito, un assegno mensile. E poichè l'aumento riguarda gli stipendi e non gli assegni, non è dovuto qui questo aumento di sorta. Quando la sostituzione di medici condotti sotto le armi è fatta non da medici militari ma da liberi esercenti, possono costoro chiedere il compenso che credono equo, sia esso anche superiore a quello che il Comune corrispondeva al sanitario assente. Non è obbligatorio per un medico condotto supplire un collega assente e, perciò, egli può ben rifiutarsi a qualsiasi richiesta di supplenza.

(7634) *Indennità di congedamento per gli ufficiali medici*. — Dott. O. C. da M. M.: Tanto il D. L. del 14 novembre 1915, n. 1613, quanto l'altro del 16 gennaio ultimo, parlano di ufficiali che sono ricollocati in congedo e non riformati.

Poichè Ella fu riformato nel luglio 1918, potrebbe non competerle il trattamento economico in detti Decreti stabilito. Crediamo, però, che non sia fuor di luogo chiedere alle competenti autorità militari e cioè al proprio Distretto le predette indennità pel caso che al testo dei precitati decreti sia eventualmente data una più larga interpretazione ed applicazione. Durante il tempo passato sotto le armi ha diritto di ricevere dal Comune la differenza fra lo stipendio di ufficiale medico del R. Esercito e quello di medico condotto. Dal giorno della riforma, in cui è rimasto libero da ogni vincolo verso il servizio militare, il Comune deve corrisponderle l'intero stipendio.

(7635) *Congedo non usufruito. - Compenso*. — Dott. G. P. da M.: Nessun compenso può il Comune accordarle per i non usufruiti congedi durante gli anni in cui ha prestato servizio militare, sia perchè del congedo non usufruirono del pari i colleghi rimasti nei loro posti, sia perchè il mancato godimento di esso dipese da causa di forza maggiore e di interesse generale.

(7637) *Tassa esercizii. - Medico condotto*. — Dott. E. M. da M.: Che i medici condotti per i poveri non sieno come tali sottoposti alla tassa esercizii risulta chiaramente dallo articolo 3, n. 1 del regolamento approvato con R. Decreto del 23 marzo 1902, n. 113.

(7638) *Modifica del capitolato. - Ambulatorio medico-chirurgico*. — Dott. G. G. da B.: L'articolo aggiuntivo del capitolato è formulato in modo molto largo in modo che non si può dire che l'obbligo del medico condotto di prestare la sua opera gratuita in tutti gli ambulatorii che il Comune credesse impiantare, sia limitato ai soli poveri. Ella non ha, quindi, ragione di escludere dalla cura qualsiasi persona, ma deve prestare la propria opera a tutti quelli che si presentano e chiedono presidio medico-chirurgico.

Nè può trincerarsi dietro l'ignoranza della innovazione introdotta nel capitolato perchè questo si presume noto nella sua integrità dal momento che Ella ha per molti anni riscosso lo stipendio nella maggiore misura da esso stabilita. Essendo ormai trascorsi 10 anni non vi è più modo di ricorrere.

Qualora l'opera che presta nello ambulatorio, nei modi come la intende il Comune, sia di rilevante entità e tale da non essere, unitamente al lavoro della condotta, sufficientemente compensata con lo stipendio che riceve, può chiedere congruo aumento di ufficio alla G. P. A. ai sensi dello articolo 26 della vigente legge sanitaria.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. A. d'A. da V. S. M.:

In base alla *legge d'avanzamento* Ella può chiedere il passaggio dalla riserva alla milizia territoriale se non ha oltrepassato i 52 anni di età e se conserva l'idoneità fisica prescritta.

Al dott. V. B. da M.:

Per ora non son stati messi nei quadri di avanzamento i tenenti medici effettivi con anzianità 1 marzo 1917. La promozione per essi quindi non è ancora molto vicina.

All'abb. n. 9471:

Come già più volte si è detto, l'ottenuto esonero non infirma il suo diritto a percepire l'indennità dei due mesi di stipendio, ecc. Si rivolga quindi al Distretto del suo territorio.

Al dott. V. C. da V.:

Nuove disposizioni sono frattanto sopravvenute, secondo le quali i congedamenti dei medici avvengono per classi di leva.

Essendosi però il congedamento iniziato dalle classi più anziane non può ancora riguardare la sua classe (83).

All'abb. n. 3308:

Nessun dubbio che, malgrado la riforma, le spettino i due mesi di stipendio e le mensilità per quanti furono i suoi anni di campagna.

Si rivolga al Comitato centrale della C. R. I.

Al dott. E. B. da S.:

Per gli ufficiali assimilati non risulta fino a tutt'oggi sia stato stabilito, all'atto del congedamento, alcun compenso o indennità.

All'abb. n. 2273:

L'indennità di L. 5 è dovuta agli ufficiali delle classi 70-75, che furono *richiamati di autorità*.

Ella non essendo stato richiamato di autorità non può percepire l'indennità in questione.

Circa poi il suo congedamento, data l'anzianità della sua classe (68), se Ella ne farà domanda, non le verrà certamente negato.

All'abb. n. 5682::

È già stato risposto che malgrado l'ottenuto esonero le spetta la corresponsione dell'indennità pari a due mesi di stipendio e le ulteriori mensilità commisurate al periodo del servizio prestato.

Al dott. E. P. da P. s. O.:

Gli assegni del nuovo grado le decorrono dalla data che è segnata nel bollettino di nomina.

L'aver prima adempiuto a funzioni del grado di capitano, senza esserlo effettivamente, non le conferisce diritto a retroattività di assegni.

Al dott. P. C. da G.:

Ai primi suoi due quesiti la risposta è negativa.

Circa poi il fare ammettere come dipendente da servizio l'influenza contratta nella cura dei due carabinieri, ritengo sia cosa difficile, data la grande diffusione che ebbe il morbo in questione.

All'abb. n. 9602:

Si è già risposto che non esiste alcuna disposizione per cui l'indennità dei due mesi di stipendio, ecc., sia data anche ai medici assimilati.

All'abb. n. 6940:

Nulla è stato disposto in tale senso.

Eguale essendo stato il servizio, nessuna ragione vi sarebbe che diversa fosse l'indennità.

Al dott. F. F. da A.:

Ella ha prestato servizio dal luglio 1915 all'aprile 1918, epoca in cui venne esonerato.

Le spettano quindi tutte le indennità stabilite per gli anni di servizio prestato ed Ella deve rivolgerne domanda al Distretto dal quale dipende.

All'abb. n. 2797:

Come già si è più volte ripetuto, le indennità stabilite dal decreto ministeriale del luglio 1918 le competono, commisurate al periodo di effettivo servizio prestato.

Ne rivolga domanda al Distretto militare dal quale dipende.

All'abb. n. 8201:

Data la permanenza della inabilità il suo ricollocamento in congedo non può certo considerarsi come provvedimento provvisorio. M. G.

MEDICINA SOCIALE.

Per l'assistenza ai tubercolotici di guerra.

(Continuazione e fine).

Questo programma offriva indiscutibili vantaggi:

prontezza degli apprestamenti, riducendo al minimo le cause ritardatrici di difficoltà costruttive;

mantenere alla periferia il centro di gravità del sistema di assistenza, aggiungendo i rincalzi di nuove attività operanti (Croce Rossa, Comitati, ecc.), ma senza spostare il caposaldo della difesa, che si impernia sugli enti locali;

togliere le vecchie barriere separatrici fra istituti militari ed istituti civili, facendo sì che gli uni e gli altri — fatte salve le inevitabili esigenze di servizio — potessero indifferentemente servire a militari ed ex-militari, a tutti, indistintamente, i cittadini della patria che dalla guerra hanno tratto il germe, od una più forte virulenza del germe.

Tutti gli istituti, riunite in un fascio le loro energie, e riconsacrato nella sua forma più espressiva il principio della solidarietà, devono darsi, ora, la mano nell'adempimento di questo dovere sociale;

da ultimo — affidare l'amplificazione dei congegni anche e sovratutto ad unità mobili, di idonea fattura, della Direzione generale della Sanità pubblica, le quali presentano incommensurabili vantaggi; e propriamente di potersi avere con prontezza: di potersi montare e smontare con facilità; di potersi spostare da un punto ove il bisogno è meno grave ad un altro punto ove il bisogno è più grave. È come un esercito di manovra che si porta ove la necessità si fa più sentire.

***

Ma occorreva, sia pure per espedienti di occasione, riparare alla congenita insufficineza degli apprestamenti civili.

Era necessario che gli enti ospedalieri civili intervenissero senza altro indugio e più largamente a lenire le gravi iatture create dalla tubercolosi di guerra, superando le difficolta e gli impedimenti che vieti pregiudizi ed antiche norme statutarie ancora frappongono a questa imperiosa esigenza dell'igiene ed assistenza sociale.

Onde, senza pregiudizio alcuno del programma organico di previdenza e di cura, che fu tracciato col Decreto 26 luglio 1917, n. 1231, ed anzi allo scopo di preparare meglio e di affrettarne la benefica applicazione, si pensò a renderne più efficaci le norme regolatrici, sanzionandone il carattere di obbligatorietà.

Fu così determinato l'obbligo nelle Istituzioni pubbliche di beneficenza di accogliere e curare i tubercolosi: obbligo tassativo ed assoluto che non deve trovare alcuna limitazione, se non nella impossibilità *materiale*, opportunamente controllata, di adattare o creare apposite sezioni ospedaliere.

Non si potranno pertanto addurre disposizioni contrarie di tavole di fondazione, di regolamenti interni ed altro. Di fronte all'impellente necessità di ricoverare e curare i malati del genere,

di fronte alle considerazioni di ordine morale, politico e sanitario, qualsiasi pregiudiziale di ordine formale deve cadere.

Ad assicurare l'adempimento di tale obbligo si son date ai Prefetti facoltà e mezzi per provvedere.

Il Prefetto, infatti, previ gli accertamenti necessari, di ordine tecnico, igienico e amministrativo, ha la facoltà di ordinare di ufficio l'allestimento di reparti speciali, promuovendo dal Ministero dell'Interno la concessione degli aiuti previsti dal D. L. 26 luglio 1917, n. 1231.

* * *

Questo, sinteticamente, il piano che, in uno sforzo ipertensivo di pensiero e di volontà, pure in mezzo a difficoltà di ogni maniera. l'Amministrazione della Sanità pubblica, auspice il Capo del Governo, persegue, in pieno accordo con le Amministrazioni sorelle della Guerra e della Marina, e con la Croce Rossa, Italiana.

Questo il piano, che, insieme ad altre cospicue provvidenze, delle quali non è luogo qui di parlare, trovò la sua sanzione nel Decreto Luogotenenziale del 4 aprile ultimo scorso, n. 483, e nelle recentissime istruzioni per l'applicazione del Decreto, emanate dal Caop del Governo, di concerto coi Ministri della Guerra, della Marina e dell'Assistenza militare e delle pensioni di guerra.

* * *

È opportuno accennare al rendimento già dato, o che si prevede possa certamente dare fra breve, il nuovo programma già in via di attuazione.

Occorre qui distinguere i congegni di pertinenza della « Guerra »; — quelli della Croce Rossa; — quelli del campo civile propriamente detto.

AMMINISTRAZIONE MILITARE.

Gli istituti, a seconda della loro varia funzione, sono stati suddivisi in:
- centri di accertamento diagnostico;
- centri di smistamento;
- centri sanatoriali, stazioni climatiche, colonie campestri;
- sezioni per gravi.

Vi è poi una disponibilità in via di allestimento.

Vi è, infine, una disponibilità solo in progetto.

Sommando le tre categorie di istituti, si avrebbe una potenzialità complessiva di 12,998 letti, di cui solo 1675 in progetto, mentre l'altra parte, pari a 11,323 letti, può considerarsi come acquisita o di vicina acquisizione.

CROCE ROSSA.

La Croce Rossa ha già in funzione parecchie formazioni con una efficienza complessiva di 1391 letti, già in via di aumento a 2166 letti. Trattasi per lo più di istituti per forme curabili.

Vi sono, però, numerosi altri progetti per la creazione di nuovi istituti in varie parti d'Italia; progetti, i quali hanno già un principio di attuazione.

AMMINISTRAZIONE DELLA SANITÀ PUBBLICA.

A) *Padiglioni Döcker.*

Le più antiche unità, in numero di 73; capaci di 20 letti ciascuna, con una efficienza complessiva di 1460 posti.

B) *Baracche Cay, di eternit.*

In numero di cinque, capaci di 22 letti ciascuna; complessivamente, 110 letti.

C) *Baracche di legno.*

Ve ne ha di più varietà: Silvi e Cavalieri di Roma; Spada di Usmate; Brambilla di Milano; Alicò-Bellucci di Napoli.

Sono in numero di 112, della capacità da 20 a 50 letti ciascuna; efficienza complessiva 2414 letti.

D) *Tende-baracca Moretti.*

In numero di 79, capaci di 20 letti ciascuna; efficienza complessiva 1580 letti.

Tutto questo materiale è già in parte costruito; in parte in via di costruzione.

Esso ci darà una efficienza totale di 5564 letti, che si riduce, quanto a disponibilità, a 2900, essendo state già concesse in uso od assegnate 134 unità, con una potenzialità di 2664 posti.

Parallelamente a questo materiale destinato al ricovero di adulti, si appresta un'altra serie di elementi per bambini, sovratutto figli di militari ed ex-militari tubercolosi, serie costituita da 200 formazioni, con una efficienza complessiva di 3600 posti.

La Sanità Pubblica, adunque, concorre, in totale generale, con 469 unità e 9164 posti-letto.

* * *

Vi sono poi le formazioni civili propriamente dette; preesistenti, o nuove (allestite, in via di allestimento, od in progetto).

Cito le principali:

Milano. È in corso la costruzione di un Ospedale per tubercolosi a Garbagnate, della capacità di circa 800 letti (Comune di Milano).

Torino. Ospedale di S. Luigi Gonzaga. Aveva 200 letti. Si è ingrandito di altri 348, dei quali 160 occupati dai malati dell'Ospedale urbano di Santa Chiara. Restano locali per 188 letti nuovi.

Verona Sanatorio antitubercolare di Ponton, da poco inaugurato.

Genova. È in preparazione un reparto per tubercolosi nel nuovo Ospedale di S. Martino per 90 posti.

Spezia. Ospedale civile. Ingrandimento della Sezione per tubercolosi con l'impianto di due baracche capaci di 40 posti (in corso).

Livorno. Mutuo di 200,000 lire agli Ospedali Riuniti per l'ampliamento del locale sanatorio Umberto I. Ampliamento che intanto sarà assicurato con l'assegnazione di parecchie baracche.

Pisa. Sanatorio di Cisanello. Concesse due tende-baracca per l'ampliamento.

Altre saranno concesse in seguito, secondo il bisogno.

Napoli. Progettata l'esecuzione di un padiglione popolare per tubercolosi. Assegnato un sus-

sidio di lire 50,000, in aggiunta ai cospicui fondi già raccolti.

Bari. Messo a disposizione un padiglione Döcker e due tende-baracca per costituirvi una sezione per tubercolosi.

Martina Franca (Lecce). In corso di esame il progetto per un sanatorio di 200 letti.

Palermo. Sanatorio antitubercolare Cervello. Aumento da 150 a 300 letti. Dati aiuti allo scopo.

Cagliari. È in progetto la costruzione di un Ospedale per tubercolosi. I fondi sono già in gran parte raccolti.

Sassari. L'Amministrazione dell'Ospedale ha già in corso le pratiche per un mutuo di lire 100,000 allo scopo di costruire padiglioni capaci di 28 posti. Provvederà frattanto, con l'impianto di due padiglioni Döcker concessi dalla Direzione generale della Sanità pubblica.

Vi è intenzione, anche, di far sorgere a fianco a questi due, altri due padiglioni per forme tubercolari iniziali, e di costituire Colonie agricole a questo scopo nei varî circondari della provincia, con almeno 25 posti ciascuna.

Ovunque si palesarono iniziative, spontaneamente od eccitate da impulsi del centro, intervenne sempre ed in larga misura l'aiuto dello Stato.

Vi sono, da ultimo, le sezioni ospedaliere, che devono istituirsi a sensi del decreto Luogotenenziale 4 aprile scorso.

Qui il cammino si intrica e riesce difficile orientarlo anche e sovratutto perchè trattasi di materia la cui attuazione è solo in parte, anzi in piccola parte avviata.

Comunque — anche ammesso che si restasse su quello che vi è, e vi sarà nella imminenza del tempo — noi avremmo sempre una disponibilità — generale — tutto compreso — di 17,000 letti e forse più.

(La disponibilità effettiva di oggi è di 10,000 letti).

***

Quale rendimento di ricovero può darci questo insieme di letti?

Calcolando sopra una degenza media intorno a *tre mesi*, si potrebbero accogliere annualmente fino a 68,000 malati.

Potenziale, questo, non disprezzabile, se si considera:

1° la vicenda di eliminazione, molto accelerata di questi malati;

2° la circostanza che molti non andranno negli ospedali, o perchè lo stadio della malattia non lo richiede; o perchè preferiscono farsi curare ambulatoriamente od a casa loro;

3° la speranza che ci arride che una parte potrà guarire, speranza alimentata dalla esperienza, sovratutto degli infermi reduci dalla prigionia nemica.

Va inteso che con questo numero di letti noi non pretendiamo di isolare coattivamente i tubercolosi — finalità, questa, a cui non mira, non può mirare la profilassi, che ha un contenuto fondamentalmente liberale, da noi. — Ma vogliamo, invece, con l'ausilio di altri congegni, e di tutte le attività singole e collettive, accogliere quelli soltanto che meritano ricovero, infondendo a tutti un sufficiente grado di educazione igienica, la quale, più che qualunque altra misura, costituisce la salvaguardia vera, anche nell'intimo del focolare domestico.

***

Quanta parte di questa disponibilità, presente e futura, potrà essere riservata agli invalidi?

Essi hanno diritto allo accoglimento in tutti gli Istituti, civili e militari, alla pari dei militari in atto. Norme per la esecuzione del Decreto Luogotenenziale 4 aprile 1918, n. 483, articoli 2 e seguenti, e sovratutto articolo 8.

Il diritto allo accoglimento è uguale per tutti: ma possono, per ogni categoria, variare le modalità, alla stessa guisa che varia per ogni categoria la competenza passiva della spesa, modalità che ciascuna Amministrazione regolerà secondo i propri criterî, per quanto, anche per questa parte, sia sommamente utile e desiderabile una intesa fra le Amministrazioni interessate.

Un ultimo accenno a riguardo del Comitato provinciale antitubercolare.

Le Norme sopracitate dicono della sua costituzione.

Nel Comitato ha seggio di diritto anche un rappresentante dell'Opera Nazionale.

Il Governo si è preoccupato della opportunità di dare a quest'organo la necessaria agilità, incompatibile con un numero piuttosto elevato di componenti. Donde la facoltà di trarre, dal seno del Comitato, dei piccoli Sottocomitati, ai quali affidare singole mansioni.

Così si raggiunge la duplice finalità: quella di dare al Comitato provinciale la scioltezza, atta ad assicurargli la prontezza dell'azione; — e quella di assicurargli anche l'autorità e la competenza necessarie per l'esercizio di attribuzioni così vaste e complesse.

***

Questi i salienti del programma, avuto riguardo specialmente all'assistenza dei tubercolosi invalidi.

LEGISLAZIONE SANITARIA.

Il progetto di legge contro la tubercolosi.

È stato presentato alla Camera un progetto per la conversione in legge del D. L. 6 luglio u. s., portante provvedimenti per combattere la tubercolosi.

Ne è relatore l'on. Maffi.

La relazione pone in particolare rilievo tutto un piano di assistenza e di cura, che deve avere per basi da una parte, l'Istituto di cura a tipo sanatoriale od ospitaliero-sanatoriale, dall'altra il Dispensario con complesse funzioni di indagine, di controllo, di educazione, di prevenzione antitubercolare insomma, a vantaggio del malato e del suo ambiente e della collettività.

Fra queste due Istituzioni fondamentali vengono raffigurate Istituzioni intermedie a vario tipo richieste dalle varietà della forma morbosa e delle circostanze d'ambiente.

Il disegno di legge appare improntato a larghezza ed a senso pratico, soprattutto per ciò

che riguarda la costituzione dei Consorzi e l'aiuto alle Istituzioni già esistenti, e la ravvisata necessità di formare un Corpo di medici e di personale ausiliario, istituendosi a ciò un apposito assegno in bilancio.

I mutui senza interesse sono proposti nella cifra complessiva di 45 milioni, con la cifra massima di ciascun mutuo sino a 800 mila lire.

Si aggiungono: un primo sussidio di due milioni per istituzione di Dispensarî circondariali; due milioni ogni anno per sussidi al funzionamento dei Dispensarî stessi; due milioni e cento mila lire ogni anno per ricoveri di tubercolosi, per separazione di fanciulli da ambiente infetto, e per altre esigenze di cura e prevenzione; centomila lire per preparazione di personale medico ed ausiliario.

Il disegno contiene l'impegno per presentazione di altri disegni complementari a breve scadenza.

La Relazione ha avuto l'approvazione unanime della Commissione parlamentare, presieduta dall'on. L. Bianchi, segretario l'onorevole Caron.

CONDOTTE E CONCORSI.

TRIESTE. *Municipio.* — A tutto marzo 1919 è aperto il concorso al posto di direttore dello Ospedale civico, la cui nomina spetta al Consiglio comunale.

Questo funzionario, con qualifica di medico, è preposto a tutta l'azienda ospedaliera, tanto sanitaria quanto amministrativa; a lui è subordinato il corpo medico ed amministrativo e tutto il personale addetto ai servizi generali dello stabilimento.

I particolari delle sue attribuzioni, già stabiliti dal Consiglio comunale e dalla Giunta municipale, e le norme che regolano i suoi rapporti col direttore dell'Ospitale della Maddalena (amministrativamente annesso all'Ospitale civico) e col Collegio medico, sono ostensibili alla sezione magistratuale II.

Il direttore è impiegato comunale fuori rango con l'onorario di annue corone 15,000, due aumenti quinquennali da corone 1500 l'uno, l'alloggio in natura nello stabilimento, compresa l'illuminazione e la calefazione gratuita. Per il computo nella pensione l'alloggio è valutato in corone 2000.

Egli è obbligato ad abitare nell'alloggio assegnatogli nello stabilimento.

Il direttore viene nominato in via di prova per la durata massima di tre semestri, scorsi i quali, se avrà corrisposto, seguirà la sua nomina in via definitiva ottenendo così il carattere di impiegato stabile del Comune. In tal caso il tempo della prova gli verrà computato per la pensione.

Non potrà esercitare la pratica medica neppure consultiva.

Le istanze di concorso, da prodursi all'ufficio di presentazione del Magistrato civico, dovranno essere corredate dei seguenti documenti:

a) certificato comprovante l'età del petente. Dove il petente non appartenesse al corpo degli impiegati comunali o dello Stato ed avesse una età superiore ai 40 anni compiuti, il Consiglio comunale potrà accordargli la venia dell'età, che dovrà essere espressamente chiesta all'atto del concorso;

b) diploma di laurea in medicina;

c) certificati comprovanti servizi eventualmente già prestati in pubblici Ospedali o presso importanti stabilimenti di cura;

d) eventuali pubblicazioni dimostranti una coltura speciale in fatto di igiene ospitaliera, di amminstrazione di aziende nosocomiali e relative all'organizzazione delle stesse.

Nelle istanze dovrà essere accennato all'eventuale consanguineità ed affinità esistente con altri funzionari del Comune.

Per altre informazioni rivolgersi al Municipio.

TRIESTE. *Municipio.* — A tutto 20 marzo p. v., è aperto il concorso al posto di protofisico della città di Trieste.

Il posto di protofisico è sistemato nella III classe di rango degli impiegati comunali con lo stipendio di annue corone 6400, col sussidio di alloggio di annue corone 1500, e con l'indennità di vettura di annue corone 800, con diritto a due quinquenni da corone 800 ciascuno.

Gli aspiranti dovranno comprovare di aver riportato il grado accademico di dottore in universa medicina, produrre l'attestato del subìto esame di fisicato e fornire la prova di essere versati praticamente nei moderni metodi d'investigazione nel campo dell'igiene.

Le istanze corredate dei documenti comprovanti l'età, la condotta morale, la sana costituzione fisica, nonchè le preaccennate speciali qualifiche, dovranno essere presentate dai concorrenti, direttamente all'ufficio di presentazione del Municipio e, quando fossero addetti a qualche ufficio comunale o dello Stato, per il tramite dell'autorità loro preposta.

Indicheranno pure nell'istanza se ed in quale grado di consanguineità o di affinità si trovino eventualmente con qualcuno degli impiegati del Comune.

TREVI SUL LAZIO (*Roma*). — Cercasi medico interino servizio generalità. Compenso dalle L. 6000 alle 7000. Aria e acqua eccellenti, stazione ferroviaria vicinali Piglio. Rivolgersi telegraficamente al Sindaco.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Nell'Università di Genova il prof. Catterina Attilio è stato incaricato dell'insegnamento di clinica chirurgica durante la permanenza di S. E. Roth al Ministero della P. I.; il prof. Sapelli Agostino è stato incaricato dell'insegnamento della clinica ostetrico-ginecologica.

Il Governo della Repubblica francese ha conferito la croce di cavaliere della Legion d'onore al gr. uff. prof. Giovanni Miranda, direttore della clinica ostetrica e ginecologica della R. Università di Napoli.

CROCE DI GUERRA.

Cividali dott. Angelo, capitano medico, a Bologna.

Pighini dott. prof. Giacomo, tenente colonnello medico, a Reggio Emilia.

Appello alla pietà delle famiglie dei medici.

Sottoscrizione per una giovanetta orfana di un medico:

Riporto (come dal precedente fasc. 9). L. 310
Prof. Luigi Simonetta (Milano) . . . » 25
Dott. Luigi Bertone (Forno Rivara) . . » 5
Dott. Augusto Cassuto (Roma). . . . » 10
Signora Rita Mazzoleni (Cremeno) . . » 10
Dott. Gaetano Tasso (Preganziol» . . » 15
Signora Maria Falorni (Tavarnuzze) . . » 5
Dott. Luigi Marussig (Caldine) . . . » 5
Dott. Francesco Donalisio (Verona) . . » 10
Dott. Fausto Faggioli (Spoleto) . . . » 5
Signora Elvira Gotti (Fusignano) . . » 10
Famiglia dott. Leone Sestini (Spezia) . » 10
Signora Teresa Capecchi Del Corso (La Rotta) . . . . » 5
Dottor Dario Scardigli (Castello di Firenze) . . . . » 5
Dott. C. Gallucci (Castellabate) . . . » 5
Signora del dottor G. Imbriani (Pavia). » 5
Dottor Enrico Ferrara (Bitonto) . . . » 10
Dottor Giuseppe Dallamano (Cadè di Reggio Emilia). . . . . » 5
Signora Antonietta Nalli Brizzi (Zibello) » 5
Signora Nina Bussi Colacino (Polia) . . » 10
Signora Maria Redoglia (Pontestura) . » 5
Dottor Ercolano Cappi (Castelverde). . » 3
Dottor Giovanni De Nuccio (Riardo) . . » 5
Signora Pia Toschi (Viareggio). . . . » 5
Signora Irma Marcheselli (Berceto) . . » 5
Dottor Antonio Pili (Zona di guerra) . » 5
Signora Maria Nicora Casucci (Besozzo) » 5
Signora Marianna Denti (Roma) . . . » 10
Signora Manina Lanza Borelli (Capua) . » 5
Signora Savina Carniti Denti (Romanengo). . . . . » 5
Prof. Gerolamo Piccardi (Torino) . . . » 10
Signora Eleonora Ceramicola (Frassinelle) . . . . » 10
Prof. Ernesto Paparcone (Firenze) . . » 10
Dal signor magg. med. Carbone per la 51ª Sezione di Sanità (Zona di Guerra) » 50
Dottor Senni (Modena) . . . . . . » 5
Signora C. O. (Pavia) . . . . . . » 5
Signora Giuseppina Salazai Taliercio (Chiaiano ed Uniti) . . . . . . » 10
Dottor Adolfo Tafuri (Cosenza) . . . » 5
Signora Teresa Marchesi (Ziano) . . . » 10
Signora Maria Berlese (Firenze) . . . » 5
Signora Bianca Panza Schiavoni (Castelnovosotto) . . . . » 10

Offerte pervenuteci a mezzo della signora Lavinia Coluzzi:

Dottor Nicola Petrucci (Toro) . . . . » 20
Signora Luisa Gentile (Napoli). . . . » 5
Dottor Angelo Santini (Piccione) . . . » 10
Sig.a Gelsina Ribotto Vineis (Saluzzo) » 14
Sig.a Margherita Moschetti (Perugia) » 10
Signora Ada Bolli (Perugia) . . . . » 10
Signora Emma Uccelli (Perugia) . . . » 10
Signora Lodovica Biscarini (Perugia) . » 5
Signora Ulderica Severi. . . . . . . » 5
Signora Augusta Faviello (Perugia). . » 5
Dottor Bianconi (Perugia) . . . . . » 2
Sig. Origene Moschetti (Perugia) . . . » 1

A riportare . . . L. 750

NOTIZIE DIVERSE.

Società Italiana di chirurgia.

Un referendum indetto fra i soci sulla proposta di riunire a Trieste la 26ª adunanza ordinaria, ha raccolto il pieno consenso dei componenti la Società.

In conseguenza di tale deliberazione il Comitato Esecutivo ha nominato la Presidenza del Comitato ordinatore del prossimo Congresso nelle persone dell'avv. Valerio, Sindaco di Trieste, quale presidente onorario, del dott. Giorgio Nicolich (di Trieste), quale presidente effettivo, coadiuvati dai dottori Rostirolla (di Trento) e Grossisch (di Fiume), quali vice-presidenti.

Essi hanno accettato l'incarico ed hanno designato altri Colleghi triestini, che, pur non ancora membri della nostra Società, saranno invitati a completare il Comitato ordinatore: i dottori Escher, Massopust, De Dolcetti, Comisso, De Grisogono, D'Este, Oliani, Ravasini.

La riunione avverrà possibilmente entro la ventura primavera; ma non può ancora esserne stabilita con precisione la data. I soci verranno informati dell'organizzazione del Congresso direttamente dal Comitato ordinatore.

La Presidenza della Società, avendo rilevato che numerosi soci, fuori sede per ragioni di mobilitazione, non hanno ricevuta la circolare con la quale venivano avvertiti che il XXVI Congresso si terrà a Trieste, prega quei soci che non avessero ricevuto l'invito individuale, a voler notificare subito la loro eventuale partecipazione al Congresso, al Presidente effettivo di quel Comitato ordinatore, dott. Nicolich Giorgio (Ospedale Civile, Trieste).

Il Consiglio Superiore di Sanità

si è adunato negli scorsi giorni. Pubblicheremo prossimamente il resoconto del lavoro compiuto.

Corsi di clinica oftalmica.

Il prof. F. de Lapersonne, direttore della Clinica oftalmica della facoltà di medicina di Parigi, assistito dal prof. Terrieu, *agrégé*, e dal dott. Velter, capo di laboratorio, terrà a partire del 6 maggio 1919 un *corso di perfezionamento*, con esami clinici, lavori pratici di medicina operatoria e manipolazioni di laboratorio.

I medici e gli studenti in medicina italiani che desiderassero di seguire questo corso dovranno iscriversi presso la Segreteria della facoltà.

Il numero degli uditori è limitato a 30. Diritto fisso di franchi 100. Alla fine del corso si rilascerà un certificato.

L'11 corr. il prof. De Lapersonne inizia un *corso di chirurgia orbito-oculare*, con esercizi operatori. Lo continuerà nei giorni pari; il corso sarà completo in dieci lezioni. Esso è particolarmente destinato ai medici e studenti dei paesi alleati e neutri. Il numero degli uditori è limitato a 30. Le iscrizioni si ricevono presso la segreteria della Facoltà. Tassa d'iscrizione fr. 50. Alla fine del corso si rilascerà un certificato.

Borse di perfezionamento per giovani medici presso la Clinica del lavoro di Milano.

Per onorare la memoria della signora Mangiagalli sono istituite presso la Clinica del lavoro di Milano due borse di perfezionamento dalla ditta Wassermann ed una dal sen. Mangiagalli. Le domande di inscrizione alle tre borse unitamente al certificato di conseguita laurea in medicina e chirurgia e dei voti riportati nella carriera scolastica universitaria, debbono dirigersi alla Segreteria dei RR. Istituti clinici di perfezionamento in via Commenda, 12, Milano.

I medici che saranno dall'apposita Commissione prescelti (verranno particolarmente considerati i servizi prestati in guerra) riceveranno singolarmente lire 500 per il quadrimestre di studio, cui fa obbligo la borsa, ossia dal 1° aprile al 31 luglio 1919.

Le inscrizioni si accettano fino al 15 marzo 1919.

Le tre borse instituite presso la Clinica Ostetrico-ginecologica al medesimo oggetto, vennero assegnate ai dottori Annunziato Caratozzolo, Gaetano Dossena e Pietro Pagani.

Una ripresa dell' influenza in Inghilterra.

Il *British Medical Journal* del 22 febbr. 1919 informa che una terza ondata epidemica va abbattendosi sull'Inghilterra. Dall'inizio dell'epidemia il minimo di mortalità a Londra era stato raggiunto nella setimana terminata il 25 gennaio u. s., con 33 esiti letali. Nelle settimane successive il numero è salito a 58, a 100, a 273.

Il giornale prevede che questa ripresa non raggiungerà l' altezza di quella precedente, poichè l'incremento di mortalità nelle prime tre settimane risulta meno notevole.

PROF. GIUSEPPE STERZI

Il cultore instancabile della Anatomia Comparata del sistema centrale nervoso, della quale aveva fatto si può dire scopo di tutte le sue ricerche, si è spento poco più che quarantenne in pochi giorni. Prima di lui, solo in Italia il bolognese Bellonci, al quale Ludwig Edinger non aveva risparmiato amplissimi e ben meritati plausi, aveva iniziato e compiuto ricerche sui lobi ottici dei vertebrati, classiche anche ora, come trenta anni or sono. L'opera e l'indirizzo di quel grande morfologo trovarano nello Sterzi l'entusiasmo e la mente dello appassionato ricercatore. Allievo di quello Studio Pisano, che ha dato da secoli valentissimi anatomici, lo Sterzi comprese che se ai neuropatologi è dato risolvere difficili problemi sul decorso dei fasci, facendo tesoro dei pezzi patologici, gli anatomici debbono coadiuvarli mediante lo studio della filogenesi; in cui la natura rispecchia il concetto didattico, caro a Platone: dal facile ascendere al difficile, dal semplice al composto e all'intricato. Le indagini tutte dello Sterzi portano questa impronta: i suoi lavori sulle meningi, sopra i plessi coroidei, sui nuclei dei nervi cerebrali seguono gradatamente lo sviluppo e le modificazioni di questi organi dai più bassi vertebrati fino ai più elevati mammiferi. Ma lo Sterzi non volle nascondere, come talvolta è nostro poco lodevole costume, i risultati delle sue indagini in Atti accademici o in giornali scientifici quasi inaccessibili. Coordinando le opere degli altri con quelle proprie, volle volgarizzare in libri, scritti con toscana chiarezza, quanto di più sicuro si conosce intorno alla anatomia del sistema centrale nervoso degli animali. Fu egli per l'Italia quello che Ludwig Edinger per la Germania. E se la morte non l'avesse così immaturamente rapito, lo studio delle discipline a lui care avrebbe ricevuto dal suo paziente ingegno un impulso davvero meraviglioso.

Spirito indipendente, cercò il lume dagli altri ma si guardò bene dal trasformarsi in volgare idolatra. Ed io lo udii nell'ultimo Congresso dei Neuropatologi Italiani tenutosi a Firenze nella primavera del 1914, muovere cortesi critiche alla divisione del Cerebellum in neo e palaeon, vagheggiata da quell'Edinger, che per lui ebbe sempre una vera ammirazione. L'Italia perde così un altro morfologo del cervello, proprio in questa ora, in cui scompaiono tutti i centurioni della falange, in altri tempi così numerosa, dei veri apostoli della scienza.

Prof. G. MINGAZZINI.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, *resp.*

Anno XXVI — *Roma, 16 marzo 1919* — Fasc. 11

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE DI TECNICA.

OSPEDALETTO DA CAMPO 75

Sulla tecnica della toracentesi e pneumotorace artificiale nelle ferite del pulmone (1)

per il dottor ENRICO GIORDANO
maggiore medico direttore
libero docente di chirurgia nella R. U. di Napoli
chirurgo ord. nell'Osp. dei Pellegrini.

Allo scopo di produrre il pneumotorace artificiale nelle ferite del pulmone, eseguendo contemporaneamente il vuotamento dell' emotorace, il Morelli ha ideato un istrumento speciale per toracentesi la cui descrizione, accompagnata da qualche dettaglio di tecnica, trascrivo dalle sue stesse pubblicazioni: « Conferenze di medicina e chirurgia di guerra svolte nel 1° trimestre dell'anno 1917 », Roma 1917 e *La Riforma medica*, 1917.

« È composto da una bottiglia della capacità di un litro. Ad essa, per mezzo di un tappo di gomma a doppio foro, sono inseriti due tubi di vetro: uno semplicemente piegato ad angolo retto si continua col tubo di gomma armato del grosso ago da toracentesi; l'altro non è che una branca di un rubinetto a tre vie. La seconda branca laterale porta una siringa a tenuta assolutamente perfetta della capacità di almeno 100 cmc. La terza via, inferiore, è munita di filtro. I due tubi di vetro si approfondano di poco nella bottiglia. Apparecchiato l'istrumento, dopo aver fatta una puntura esplorativa, s'introduce il grosso ago nel versamento ed, essendo aperta la via tra siringa e bottiglia, si fa un primo assorbimento. Si produrrà una rarefazione nella bottiglia ed il liquido verrà fluendo in essa ad occupare il posto dell'aria. Quando il flusso

(1) Per circostanze fortuite la presente Nota venne consegnata al giornale 15 mesi dopo essere stata redatta. Il Morelli non aveva ancora pubblicato il lavoro: *La cura delle ferite toraco-pulmonari*, Bologna, 1918, nel quale, d'altra parte, nulla è modificato sull'argomento in questione. L'A.

comincerà a diminuire basterà vuotare la siringa perchè l'aria in essa prima assorbita ripassi nella bottiglia e, ritrovando il proprio posto occupato da liquido, per la stessa via sarà obbligata ad entrare nella pleura..... Cessato il gorgoglio si farà una nuova aspirazione di liquido e poi una nuova insufflazione di aria ».

Il Morelli produce così il pneumotorace con un volume di aria perfettamente eguale a quello del sangue estratto.

« Il rubinetto a tre vie serve per il caso che, estratto poco liquido, si voglia immettere nel cavo pleurico gas in quantità maggiore del liquido estratto. Girando il rubinetto in modo da aprire la via tra filtro e siringa, si aspira in essa quella quantità di gas dall'esterno che si vuole immettere per la stessa via nella pleura. E serve pure nei casi in cui si vuole immettere gas in quantità minore del liquido estratto: basta, dopo l'aspirazione, mandare il gas dalla siringa verso l'esterno anzichè immetterlo nella bottiglia.

. . . .

. . . . « per avere la certezza matematica di non produrre embolie consiglio di usare, invece dell'ago, un fine tre quarti come quello del Potain ».

. . . .

« L'istrumento per la toracentesi si può improvvisare con un aspiratore Potain purchè si levi la gomma pescante nel liquido e si sostituisca alla pompa aspirante una grossa siringa da 100 cmc. ».

A tale apparecchio il Morelli ha apportata, successivamente, una modificazione (*Il Policlinico*, Sezione pratica, 1917) diretta ad eseguire il lavaggio della cavità pleurica dopo aver sostituito l'emotorace col pneumotorace: lavaggio che egli propone di eseguire non solo nei casi in cui il versamento sanguigno si mostri, batterioscopicamente, inquinato, ma in tutti i casi di emotorace per ferita pulmonare, data la facilità dell'atto operativo ed in considerazione che « se l'emotorace è sterile non apporterà danno alcuno, se inquinato potrà dare utile grandissimo ».

Ecco, su per giù, com'egli descrive l'apparecchio e la tecnica:

« È lo stesso istrumento, nel quale al tubo porta tre quarti è sostituito un rubinetto a tre vie. Quando questo è disposto in modo che la cavità pleurica comunica con la bottiglia dell'aspiratore (A) si ha l'apparecchio stesso di toracentesi con lo stesso funzionamento. E l'atto operativo iniziale è appunto lo svuotamento completo del liquido.

« Attuata la toracentesi si deve procedere alla lavatura della pleura e perciò ho sostituito al semplice tubo il rubinetto a tre vie 2. Una bottiglia (B) ripiena del liquido di lavaggio e chiusa con un tappo di gomma a due fori nei quali passano due tubi di vetro, uno corto unito ad una doppia palla Richardson e l'altro lungo tanto da pescare nel fondo della bottiglia che, per mezzo di un tubo di gomma, viene ad unirsi alla terza via del rubinetto..... Finita la toracentesi, mentre un assistente con la doppia palla spinge dell'aria nella bottiglia B per aumentarvi la pressione, l'operatore gira il rubinetto 2 in modo di aprire la via fra essa bottiglia B e la pleura e chiudere la via con la bottiglia A..... Quando sono fluiti 100 ó più cmc. di liquido, girando il rubinetto 2 si riapre la via fra la pleura e la bottiglia A e basterà un'aspirazione della siringa perchè il liquido di lavaggio sia obbligato a passare dalla pleura nella bottiglia A. Quando è uscito completamente — e questo si comprenderà dalla lettura del volume nelle due bottiglie oppure dal fatto che dal tre quarti si inizia aspirazione di gas anzichè di liquido — si rigirá il rubinetto 2 in modo da potere nuovamente immettere nel cavo pleurico parte del liquido di lavaggio e si ripete il riassorbimento. Naturalmente dev'essere modificato il giuoco della siringa. Mentre nella toracentesi primitiva il liquido fluente dalla pleura si sostituiva con altrettanto gas, e perciò l'aria della siringa si spingeva nella bottiglia A, nel lavaggio, invece, lasciando integro il pneumotorace formato, si attua il ricambio fra liquido e liquido e perciò il gas, anzichè essere immerso nella bottiglia A, deve essere dalla siringa mandato all'esterno per la via 3 del rubinetto 1 ».

A questi dettagli di tecnica bisogna aggiungere quelli relativi alle garenzie di asepsi.

« L'apparecchio è facilmente disinfettabile o con l'ebollizione o con liquidi disinfettanti. Io normalmente tengo la bottiglia e la stringa ripiene di liquidi disinfettanti, sterilizzo con la ebollizione le gomme e il tre quarti. Al momento dell'uso verso il liquido della bottiglia lasciandone un po' nel fondo che servirà per la sterilizzazione dell'aria chiusa nella bottiglia: basta fare una viva agitazione per un po' di tempo. L'esperienza mi dice essere questo mezzo sufficiente. Chi volesse eccedere negli scrupoli potrebbe disinfettare col calore oppure filtrare l'aria ».

Nel corso delle applicazioni del pneumatorace terapeutico fatte da me mi avvenne di domandarmi se l'agitazione del liquido disinfettante contenuto nella bottiglia fosse effettivamente sufficiente a rendere l'aria pura. Essa certo, per sè, non offre pericolo, ma siccome contiene del pulviscolo, e in quantità tanto maggiore quanto più movimento vi è nell'ambiente,

può diventare veicolo dei germi esistenti nel pulviscolo stesso. A prima vista l'agitazione del liquido dovrebbe bastare. Esso, venendo a contatto col pulviscolo sospeso, lo raccoglie e l'aria ne resta priva. Io però, all'esperienza del Morelli, volli aggiungere la prova ed ecco come ho proceduto.

Ho tenuta per alcune ore una bottiglia piena fino all'orlo di soluzione di sublimato. Al momento della prova, vuotatala in parte, ho chiusa l'apertura con un tappo di gomma a due tubulature angolari di vetro di cui una comunicante con un irrigatore, mentre all'altra era applicato un tubo di gomma: il tutto accuratamente sterilizzato. Agitata per qualche tempo la bottiglia, all'estremità del tubo innestavo un ago cannula sterile lungo e sottile, la cui punta andava a pescare nel fondo di una provetta di brodo nutritivo, tenuta in forte inclinazione e protetta all'imboccatura da un molteplice strato di garza sterile contro accidentali inquinamenti. Le provette di brodo mi vennero cortesemente fornite dal prof. Scaffidi, direttore del laboratorio batteriologico dell'XI Corpo d'Armata. Facendo cadere lentamente dall'irrigatore del liquido nella bottiglia, l'aria spostata era costretta, passando pel tubo e per l'ago, a traversare il brodo nutritivo.

In una prima serie ed in un primo gruppo ho eseguite quattro prove: due in camera di medicazione e due in sala comune, ricordando che il Morelli stesso, quando venne cortesemente ad assistermi nella mia prima applicazione di pneumotorace in un ufficiale, mi suggerì di lasciare il ferito nel suo letto. In questo gruppo di prove presi però delle precauzioni non rispondenti alle condizioni abituali di ambiente. Esse vennero eseguite in giornata di calma, alla fine del riposo del pomeriggio, quando la pulizia delle camere era stata fatta da molte ore, in istato quindi di movimento minimo. Le prove furono tutte negative.

In un secondo gruppo mi posi invece nelle condizioni ordinarie di ambiente, ossia nelle ore di maggiore movimento: in camere di medicazione tra una medicatura e l'altra, in corsia durante la scambio dei feriti medicati con quelli da medicarsi.

Delle quattro prove due furono negative. Due tubi, tenuti alla temperatura ambiente (prima decade di agosto) al terzo giorno erano intorbidati e contenevano un deposito che non curai di esaminare poichè, al mio scopo, bastava la constatazione dell'inquinamento.

Ciò dimostra che lo sbattimento non dà garanzia assoluta. Non escludo che forse, continuandolo per lungo tempo, si possa raggiungere l'intento; ma siccome è un mezzo che sfugge al rigore scientifico, in seguito preferii « eccedere negli scrupoli »: tanto più che vi era da guadagnare e non da perdere.

Per la sterilizzazione col calore bisognerebbe chiudere in autoclave per lo meno la bottiglia col tappo per estrarla al momento dell'uso. Sarebbe ideale, ma è relativamente poco pratica tenendo presente che, quando vi fosse affluenza di feriti, l'apparecchio può servire più volte nello stesso giorno, che la sterilizzazione in autoclave ampio, col successivo raffreddamento richiede più di un'ora e che gli Ospedali da Campo sono forniti appunto di botti Gianoli o di autoclavi troppo grandi perchè valga la pena di metterli in funzione, al bisogno, per un istrumento di dimensioni così modeste.

D'altra parte, poichè l'inquinamento dell'aria è da addebitarsi al pulviscolo, mi parve che la filtrazione con cotone dovesse bastare. Ripetetti la prova sperimentale in una seconda serie di due gruppi come i precedenti, con la sola modificazione nel dispositivo che il tubo di gomma a valle della bottiglia era costituito di due pezzi intramezzati da un filtro di cotone. Le prove riuscirono tutte negative, così che venne ribadito il presupposto di garenzia data dalla filtrazione.

È quindi, nelle successive applicazioni del pneumotrace, curai di sostituire il liquido disinfettante con aria filtrata, chiudendo il rubinetto a tre vie in modo da escludere la siringa e lasciare aperta la comunicazione tra l'aria esterna e la bottiglia a traverso il filtro, ed inclinando la bottiglia così da permettere l'uscita del liquido dal tubo portago mentr l'aria che ne rpendeva il posto venira filtrata.

Se non che in seguito mi si presentò alla mente un modo di semplificare tutta la tecnica adoperando, con una piccola modificazione, o meglio con un'aggiunta insignificante, l'apparecchio tipico del Potain.

Che, usando questo istrumento con la tecnica del Morelli, si debba togliere la gomma pescante nel liquido è ovvio perchè la bottiglia serve da serbatoio aspirante e premente: in questo caso l'aria destinata ad essere immessa nel torace premerebbe sul sangue aspirato e lo respingerebbe nella pleura. Ma quella gomma è un accessorio dell'istrumento, assolutamente superfluo quando questo viene usato per sola aspirazione. Nella toracentesi io, e credo la generalità dei chirurgi, non l'ho mai adoperata. Essa occorre invece nella manovra opposta quando cioè l'apparecchio, oramai eccezionalmente, viene usato per iniezione, verificandosi

allora il meccanismo indicato, con l'applicazione al tubo a monte della bottiglia dell'estremo della pompa che corrisponde alla valvola premente, mentre quello della valvola aspirante resta libero nell'ambiente da cui ritira l'aria per immetterla nella bottiglia.

Con la tecnica che indicherò quella gomma può essere indifferentemente lasciata o tolta perchè la bottiglia serve solo da serbatoio aspirante.

Poichè il Morelli spinge l'aria nella pleura e traverso la bottiglia è naturale che egli indichi di sostituire alla pompa del Potain una siringa comune. Quella pompa è a doppia corrente e l'aria aspirata, premendo lo stantuffo, è destinata non a rientrare nella bottiglia, ma a venire all'esterno per la valvola premente.

Invece, per raggiungere lo scopo nel modo che indicherò, occorre proprio indispensabilmente l'apparecchio tipico, sia con la pompa a doppia corrente che con la cannula del tre quarti a doppio innesto.

Il dispositivo è chiaramente indicato dalla annessa figura. I pezzi di aggiunta sono: due raccordi uno maschio *a* ed uno femmina *b* e due tubi di gomma *c, c* intramezzati da un filtro *d*.

Montato l'apparecchio come per una comune toracentesi, introdotto il tre quarti in cavità ed estrattolo con le solite norme lasciando a posto la sola cannula, si adatta il raccordo *a* all'innesto *f* e il raccordo *b* all'estremo della pompa *g* corrispondente alla valvola premente e l'apparecchio è pronto a funzionare.

Si comprende facilmente che, facendo agire la pompa dopo avere aperto il rubinetto *e*, si stabilisce un vero e proprio circolo vizioso.

Ritirando il pistone l'aria dalla bottiglia, per la valvola aspirante *h*, penetra nella pompa ed il suo posto è occupato da altrettanto volume di sangue proveniente dalla pleura. Spingendo lo stantuffo l'aria, per la valvola premente *g*, passa nel tubo *c d c* e, filtrata è immessa nella pleura a sostituire il sangue.

E così viene attuato il precetto del Morelli di ottenere uno scambio esattamente eguale in volume di sangue con aria.

Se, « estratto poco liquido, si voglia immettere nel cavo pleurico gas in quantità maggiore del liquido estratto », si esclude la bottiglia con la chiusura una volta tanto del rubinetto *i* e, staccando il raccordo *j*, l'estremo corrispondente alla valvola aspirante resta libero e ritira dall'esterno aria che va ad immettersi nella pleura.

« Nei casi in cui si vuole immettere gas in quantità minore del liquido estratto » si procede in senso inverso: si chiude una volta tanto il rubinetto *e* e si asporta l'intero tubo *cdc* coi raccordi *a* e *b*. Così l'apparecchio funziona da solo aspiratore.

E quindi si verificano anche le altre due condizioni volute dal Morelli evitando il poco divertente giuoco del rubinetto ad ogni movimento impresso al pistone.

E l'apparechio serve anche pel lavaggio. Fatta la toracentesi e costituito il pneumotorace, si chiude il rubinetto *i* e si fa preventivamente il vuoto nella bottiglia sia per comodità sia perchè la camera della pompa non raggiunge il volume di 100 cc. Asportato il tubo *cdc* col raccordo *b*, al raccordo *a* s'innesta l'estremo del tubo di gomma della bottiglia contenente il liquido di lavaggio e questo viene eseguito con l'alternata apertura e chiusura dei rubinetti *e* ed *i*. Il vuoto preventivamente fatto nella bottiglia permette all'operatore di agire da solo senza bisogno di assistente.

È chiaro che un tale dispositivo al vantaggio della semplicità unisce quello dell'economia,

poichè il costo di due raccordi è insignificante e, siccome non esiste Ospedale che non sia fornito dell'aspiratore Potain, si risparmia la spesa di un altro apparecchio.

Con la descrizione di questa tecnica non entro assolutamente in merito circa il valore del pneumotorace nella cura delle ferite del pulmone, cosa che mi riserbo pel momento in cui pubblicherò i casi in cui l'ho praticato.

Zona di guerra, Ottobre 1917.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Il piccolo basedowismo.

(C. LIAN. *La Presse Médicale*, 1918, n. 72).

Si osservano nella pratica medica spesso casi di tachicardia permanente (da 100 a 160 battiti al m.), nei quali riesce difficile svelare la causa del disturbo cardiaco. In queste forme, nelle quali l'esame più accurato può fare escludere ogni affezione organica e funzionale capace di accelerare il ritmo cardiaco, conviene pensare alla esistenza di forme di basedowismo frusto o di piccolo basedowismo.

E ciò anche quando insieme ai sintomi caratteristici del gozzo esoftalmico mancano quegli altri segni (tachicardia prevalentemente mattutina, ipertensione atteriosa, dilatazione aortica rilevabile all'esame radiologico, ecc.), che si ritengono la espressione dell'ipertiroidismo, ma che per la loro incostanza non si possono ritenere sintomi patognonomici.

Nella magior parte dei tachicardici, anche quando si è inclini a sospettare il basedowismo, non si rilevano evidenti la ipertrofia tiroidea e l'esoftalmo. Ma pure quando quest'ultimo è assente si possono rilevare *piccoli segni oculari* caratteristici ed infine un sintomo che Lian ritiene ancora più caratteristico, *la iperestesia della regione tiroidea*.

I principali sintomi oculari del basedowismo sono: *l'allargamento della rima palpebrale, la rarità dell'ammiccamento, il segno di Gräfe*, (quando gli occhi si volgono in basso, la palpebra superiore non segue i movimenti dei bulbi), *il segno di Möbius* (quando lo sguardo dopo aver fissato un punto lontano cerca fissare un punto vicino gli occhi non convergono ugualmente ed uno dei due, dopo essersi rivolto in dentro non può conservare questa posizione e si rivolge in avanti o in fuori), il *segno di Stellwag* (chiusura incompleta degli occhi).

Questi disturbi possono verificarsi anche quando manca l'esoftalmo. In effetti i segni di Gräfe e di Stellwag non sono determinati dalla protrusione del globo oculare, come generalmente si crede, ma sono l'espressione di un certo grado di retrazione spasmodica delle palpebre superiori.

In conseguenza in ogni caso di tachicardia di dubbia origine bisogna ricercare i piccoli segni oculari del basedowismo anche quando manca lo esoftalmo e l'ingrossamento del corpo tiroideo. La esistenza di tali segni, nell'assenza anche dei sintomi più grossolani, è sufficiente per fare la diagnosi di basedowismo.

Un altro segno che può dare una esatta interpretazione della tachicardia è quello della *iperestèsia della regione tiroidea*. Si tratta di una zona di iperestesia che ha la localizzazione e la forma della tiroide, che si rileva palpando o toccando con la punta di uno spillo la faccia anteriore e laterale del collo. Il fenomeno è evidente sopra tutto quando si striscia la punta dello spillo sui tegumenti del collo: il paziente avverte nella regione tiroidea un vivo dolore, un senso di bruciore e di puntura profonda. Per ben precisare i contorni della zona iperestesica è bene strisciare il dito o la spilla dalle regioni vicine verso quella tiroidea.

Nei casi più tipici la zona di iperestesia corrisponde esattamente alla forma del corpo tiroide. Ma in altri casi meno schematici essa ha i medesimi limiti, superiore e laterali dalla tiroide, ma in basso il limite inferiore quasi orizzontale raggiunge il bordo superiore dello sterno e delle clavicole. In qualche caso occupa tutta la regione anteriore e le laterali del collo con accentuazione in corrispondenza della tiroide.

Qualche volta infine il fenomeno è appena abbozzato, ma evidente abbastanza per affermare la esistenza di una malattia tiroidea. La zona iperestesica è costituita da una striscia trasversale sovrapposta all'istmo della tiroide e continuantesi lateralmente con due ringonfiamenti corrispondenti alla parte inferiore dei due lobi, o anche prolungantesi da un solo lato in modo da corrispondere alla forma di un lobo laterale. In qualche caso nel quale era presente anche la ipertrofia tiroidea la ipertiroidea corrispondeva esattamente alla parte della glandula ingrossata.

In tutte le trattazioni classiche del gozzo esoftalmico è affermato che il gozzo non è doloroso. In effetti Lian ha potuto confermare questo dato di fatto. Ma questa apparente contraddizione si può spiegare tenendo presente che i fenomeni dolorosi sono determinati dalla disensione della capsula la quale si verifica quando la tiroide comincia a ingrandirsi ossia negli stadii iniziali dell'affezione. Laddove invece la resistenza della

capsula è già vinta ed essa non oppone alcuna resistenza all'ipertrofia tiroidea, cioè quando il gozzo è ben sviluppato, si ha l'assenza del dolore tiroideo.

I segni sopra indicati adunque permettono di attribuire al basedowismo numerose forme tachicardiche, che di solito sono raggruppate caoticamente (cuore irritabile, cuore da soldato, nevrosi tachicardica, ecc.).

Infatti tutte queste tachicardie che non sono in rapporto a lesioni organiche ben definite possono avere una varia origine. Si può trattare di disturbi circolatori costituzionali, di piccole forme cardiache nelle quali il miocardio è stato leso da una tossi-infezione, di nevralgie nelle quali i disturbi cardiaci sono riflessi, di grandi nevropatie nelle quali la tachicardia è un epifenomeno, di forme endocrine nelle quali la palpitazione è legata a disfunsione della tirodie o delle surrenali, ecc.

Non è dubbio che il basedowismo tiene un posto importante nelle tachicardie apparentemente e finora ritenute nevropatiche.

Se si tien conto della importanza delle emozioni nella etiologia del gozzo esoftalmico, non si dovrà respingere il concetto che le tachicardie, note altrimenti come cuore da soldato o cuore di guerra, possono essere attribuite anche esse al basedovismo.

D'altra parte è ben noto che la sindrome di Basedow può essere la conseguenza immediata o lontana di una tiroidite consecutiva ad una tossi-infezione acuta o cronica (sifilide ereditaria o acquisita, reumatismo acuto, tifo, ecc.). Non ripugna quindi credere che tra i sofferenti di disturbi cardiaci leggeri consecutivi a tossi-infezioni al lato dei piccoli cardiaci bisogna fare un posto ai piccoli basedowiani.

Dr.

NEUROLOGIA.

Osservazioni cliniche ed anatomopatologiche sulle aplasie cerebellari.

(G. MINGAZZINI e F. GIANNULI, 1918).

Sulle questioni numerose e complesse e intorno le funzioni ed i rapporti anatomici delle varie parti del cervelletto gittano viva luce i difetti cerebellari congeniti. Ecco perchè gli autori presero in esame tutto l'asse cerebro-spinale di un paziente, il quale, dopo essere stato studiato in vita, presentò all'autopsia la mancanza quasi totale dell'emisfero cerebellare sinistro.

Essi dapprima hanno illustrato parecchie anomalie morfologiche del cranio del paziente, dallo studio delle quali dedussero essere i valori della morfologia cranica esteriore meno importanti di quelli delle forme craniche interne, ed in base a detto studio enunciarono principî di ordine generale circa le leggi che regolano i rapporti di morfologia cranica e cerebrale, ed invero se il Tedeschi, in base a pazienti ed esattissime ricerche, affermava che alla legge di compensazione di sviluppo del cranio corrispondono sì, ma non in rapporto di dipendenza reciproca, leggi di compensazione dell'encefalo, gli autori in base allo studio morfologico del cranio si sentirono autorizzati ad enunciare che non sempre a disturbi di sviluppo di determinate parti dell'encefalo corrispondono, in rapporto di dipendenza reciproca, alterazioni analoghe nelle parti corrispondenti della calotta. Essi descrissero inoltre un tipo anomalo raro di osso occipitale in relazione all'aplasia emicerebellare.

Prima di procedere alla illustrazione del minuto reperto delle sezioni cerebrali, gli autori si sono fermati sulla patogenesi delle emiplasie cerebellari e nel discutere questo tema hanno fatto una dettagliata esposizione e minuta critica delle varie classificazioni proposte per coordinare le varie lesioni croniche del cervelletto.

Le classificazioni prese in esame sono quella di Holmes, quella di Lejonne-Lhermitte, quella di Oppenheim, quella di Briey, quella di Mingazzini.

Rispetto alla patogenesi dopo aver preso in esame il concetto di Dejerine che ammette essere le malformazioni cerebellari dipendenti da *processi parenchimatosi a carattere sistemico* e la teoria di Vogt-Astwazaturow, V. Monakow, Brouwer, Anton-Zingerle, Obersteiner, secondo la quale alcuni processi morbosi del cervelletto congeniti sono *una specie di malattia sistematica in senso filogenetico*, essi, in base al proprio reperto ed all'esame critico dei casi pubblicati, si mostrano favorevoli alle teorie patogenetiche di Marburg, il quale riconosce a queste aplasie cerebellari una genesi vascolare di origine tossica od infettiva.

Nel lavoro, oggetto di speciali considerazioni è stato il decorso dei tre peduncoli cerebellari, inferiore, medio e superiore. Incominciando dalle formazioni spinali essi, in base al loro reperto, hanno ribadito il concetto in armonia con Anton-Zingerle, Bechterew e Cajal) che una parte del *fasciculus spino-cerebellaris dorsualis* (fascio di Hechtig) derivi dal verme ventrale omo, e controlaterale e forse anche dall'emisfero (cerebellare) per terminare intorno alle cellule di Clarke; e che perciò un contingente delle cellule nervose della colonna stia sotto l'influenza trofica esclusiva del cervelletto. In base alle loro osservazioni gli autori deducono essere piuttosto i lobuli della

faccia ventrale del verme, e non quelli della dorsale, in rapporto col fascio in parola.

Quanto al *fasciculus spinocerebellaris ventralis* (di Gowers) inclinano gli autori a ritenere che, per lo meno la porzione laterale e distale dell'emisfero e la porzione ventrale del verme possiedano un contingente (dal lato omolaterale più che in quello controlaterale) assai modesto del fascio di Gowers.

Un altro punto controverso preso in considerazione si riferisce ai rapporti del cervelletto con il fascio che, lungo il midollo spinale, percorre il margine ventrolaterale del cordone anteriore all'esterno delle radici anteriori. L'esistenza di detto fascio viene confermata e con esso viene riconosciuta l'esistenza di una via discendente lungo il margine ventrale del cordone anteriore; il cui punto di origine deve ricercarsi tanto nel cervelletto, quanto nel nucleo di Deiters, via questa cerebello-vestibulo-spinale che conduce stimoli motori alle cellule nervose delle corna anteriori omolaterali del midollo.

Interessanti sono le alterazioni riscontrate e descritte in varie formazioni del *bulbo*. Innanzi tutto degne di essere notate sono quelle che illustrano i rapporti fra il cervelletto e le olive inferiori. È ormai indiscutibile che l'oliva inferiore abbia rapporti con il cervelletto del lato opposto (Bechterew); si discute sulle modalità di questi rapporti. Dallo studio in parola, rimanendo impregiudicata la questione, se una parte (mediale) dei festoni dorsali dell'oliva inferiore sia costituita da cellule invianti fibre a direzione cerebellipeta (olivo-cerebellares), viene ribadito l'antico concetto sostenuto dal Kölliker e dal Mingazzini, ed ora saldamente confermato da Schaeffer, e cioè che il contingente cospicuo delle fibre colleganti il restiforme con l'oliva inferiore del lato opposto sia costituito da fibre (cerebello-olivares) a direzione cerebello-fugale. Non sono stati inoltre confermate quelle connessioni dirette fra l'oliva inferiore ed il cervelletto ammesse da Bruns e da Brouver; nè sono stati convalidati i rapporti fra oliva inferiore e corna anteriori del midollo cervicale mediante il fascio di Helweg, rapporti ammessi da Bechterew.

Circa i rapporti delle *olive accessorie* col cervelletto, dallo studio in parola viene provato che un rapporto indubbio esiste fra le due olive accessorie di un lato col cervelletto del lato opposto e verosimilmente col verme; è dubbio però se questi legami siano identici ovvero siano diversi per l'una e per l'altra oliva; gli autori tendono ad accettare questa seconda ipotesi, perchè in tutti i reperti le parti atrofiche delle due paraolive erano per estensione sempre diverse. Il significato fisiologico delle olive nell'uomo è illustrato dai rapporti delle medesime col cervelletto, rapporti che indicano uno stretto concorso a qualcuna delle molteplici e non semplici funzioni devolute a questo organo.

Nel bulbo sono stati inoltre confermati i rapporti fra le cellule del segmento prossimale del nucleus lateralis col restiforme omolaterale per mezzo delle *fibrae arciformes externae ventrales*, e dappoichè il nucleo rosso controlaterale (destro) alla lesione, il nucleo di Deiters ed il fascio di Gowers dello stesso lato (sinistro) erano aplasici, rimane confermata l'ipotesi di una connessione fra queste formazioni ed una parte delle cellule del nucleus lateralis.

Speciale interesse offrono le conclusioni sul modo di comportarsi delle *fibrae arciformes* del *bulbo* ed i nuclei aventi rapporti più o meno diretti con esse; sono le seguenti: 1) le *retro ed intratrigeminales* concorrono in parte a formare il contingente delle *cerebello-olivares* e quindi per mezzo delle *retropyramidales*, il *pedunculus olivae inferioris* e le *periamiculares* del lato opposto per terminare come *fimbriatae* nelle cellule dell'oliva stessa; 2) un contingente delle *intra* e *retrotrigeminales* si porta, incrociandosi nel *raphe*, a costituire il segmento ventromediale delle *peripyramidales*, e quindi concedendo anche fibre alla piramide (f. endopyramidales), all'arciformis controlaterale (stratum ventrale); 3) le fibre procedenti dal *nucleus arcuatus* (stratum dorsale) dopo avere formato un contingente delle *periolivares* e *periamiculares*, si portano al restiforme omolaterale; del pari dal *nucleus arcuatus* di un lato si originano fibre che passando ad arco od a ponte entro la fiss. long. anter. si portano come *bicircumpyramidales* e *periolivares* lungo il margine dorsolaterale del bulbo al restiforme del lato opposto; se queste ultime decorrano in direzione inversa è difficile giudicare; 4) un contingente delle f. intratrigeminales provenienti dai nuclei del cordone posteriore decorrono come *f. arcif. int.* e poi, come *retropyramidales* e *periolivares*, si portano alle cellule del nucleo del cordone laterale del lato opposto (segmento distale); mentre un altro contingente, originando dal *corpus restiforme*, si porta a determinati gruppi cellulari del nucleo del cordone laterale omolaterale (al segmento prossimale).

Fra le formazioni del bulbo, le quali a sinistra avevano subìto una alterazione manifesta, eravi il nucleo del Deiters. Nessuno ormai dubita dei rapporti di questo nucleo col *cerebellum;* sono inoltre confermati nel lavoro i rapporti fra il nucleo di Deiters ed il *trapezoides* del medesimo lato.

Il corpo restiforme era rimpicciolito nella sua porzione prossimale ed a sinistra; dal reperto gli autori non ebbero gli elementi per poter giudi-

care quali parti del restiforme sieno o meno in rapporto con le diverse zone cerebellari; potettero solo stabilire che la aplasia del restiforme doveva essere in rapporto con la porzione latero-distale dell'emisfero cerebellare sinistro e con la porzione ventrale del verme; con tali porzioni era anche in rapporto il *corpus iuxtarestiforme* che fu riscontrato molto assottigliato.

Quanto al *fasciculus centralis tegmenti*, che gli autori riscontrarono degenerato, lo mettono in relazione con l'oliva inferiore, ed invero fu riscontrato degenerato dal medesimo lato della oliva aplasica; ciò fa pensare che una parte almeno del fascicolo centrale del tegmento non è una via discendente come opina Frey.

Alle formazioni del Bulbo appartiene il tractus olivo-spinalis (fascio di Helweg); questo fascio non sembra in rapporto con le olive inferiori, come si opina dai più; più accettabile riconoscono gli autori essere l'opinione di quelli, i quali ritengono che parte delle *fibre* del *tractus olivospinalis* ascenda per terminare nella *formatio reticularis* del lato opposto.

Passando alle questioni relative al decorso delle fibre dei *peduncoli medii*, gli autori trattano ampiamente la *vexata quaestio* dei rapporti fra cervelletto e ponte. Secondo essi esistono nel *brachium pontis* fibre cerebello-fugali formate da 4 categorie (catene) di neuroni.

1ª *Categoria.* — Neuroni costituenti fibre che si mettono in rapporto colle cellule del gruppo paralaterale omolaterale; da esse originano parte delle fibre dello *stratum profundum* continuantesi colle fibre del gruppo dorsolaterale dei fasci piramidali; e queste, alla loro volta, incrociandosi si portano al quinto mediale del *pes* controlaterale.

2ª *Categoria.* — Neuroni costituenti fibre dello *stratum superficiale* (pars corticalis e subpyramidalis) che si sfioccano intorno alle cellule nervose del gruppo ventrale omolaterale; da queste originano neuroni che danno origine ai gruppi ventromediali dei fasci piramidali, i quali incrociandosi, nella linea mediana, si portano come fibre dello *stratum superficiale* del lato opposto e poi al quinto laterale del *pes pedunculi*.

3ª *Categoria.* — Neuroni costituenti fibre della *pars corticalis*, che, dopo aver preso parte alla costituzione del gruppo ventromediale dei fasci piramidali, passano traverso l'estremità ventrale del *raphe* (*decussatio ventralis*), per sfioccarsi intorno alle cellule dell'area praemediana del lato opposto: da questo originano fibre che con decorso obliquo dal basso all'alto si portano alle fibre dello *stratum profundum* controlaterale prima e poi al quinto laterale del *pes*.

4ª *Categoria.* — Fibre che terminano intorno alle cellule nervose (contingente tegmentale) dell'area paramediana del lato opposto: dalle quali originano fibre che si portano, ascendendo nel *raphe* (controlaterale) al nucleus retic. e alla form. reticul.

Quanto all'ulteriore decorso delle fibre ascendenti nel *raphe*, è opportuno ricordare come esse, per la dimostrazione ottenutasi nel detto reperto, terminino nen *nucleus reticularis tegmenti pontis* (propriamente in quello controlaterale).

Mentre adunque non rimane più alcun dubbio intorno alla esistenza di vie cerebellofugali (nell'uomo ed in alcuni animali) le quali si mettono in raporto con determinati gruppi cellulari della subs. grisea pontis e del tegmento; altrettanto non si può ripetere per la esistenza dei fasci, che, originando dai detti gruppi, salgono incrociandosi, lungo circoscritti fasci del *pes*, fino al talamo o all'emisfero del lato opposto. Mingazzini ha sostenuto, già da molti anni, che esistono anche nell'uomo vie cerebellocerebrali (*tractus* cerebello-pontini e ponto-cerebrali), le quali dopo aver subito un'interruzione nelle cellule del grigio pontino, decorrono in gruppi di fibre del sistema piramidale del ponte e poi del *pes* peduncoli del lato opposto. E poichè, nel caso in parola, alla scomparsa dei gruppi ventromediali e dorsolaterali dei fasci piramidali del *pons* a sinistra, aveva tenuto dietro una riduzione, abbastanza spiccata a destra e prossimalmente, dei fasretti mediali e laterali dei fasri stessi, come pure delle fibre del quinto mediale e (lieve) del quinto laterale del *pes* di destra, gli autori opinano che in corrispondenza dell'estremità prossimale del *pons*, i due gruppi di fibre del ponte testè nominati si incrocino per continuarsi rispettivamente nelle aree estreme (laterale e mediale) del *pes* del lato opposto; di queste solo le mediali si portano nel segmento anteriore della capsula interna fino alla corteccia del lobo frontale. Nel *brachium pontis*, per una serie di argomenti detratti anche dalla anatomia comparata, ammettono gli autori esistere dunque vie cerebello-fugali (cerebello-pontine e ponto-cerebrali) che terminano nella corteccia cerebrale; quivi le loro estremità si mettono in rapporto (diretto o indiretto) coi neuroni cerebello-petali decorrenti nei due quinti estremi del *pes*.

Non meno importanti delle precedenti sono le alterazioni subìte dal *peduncolo cerebellare superiore*.

Da alcuni si opina decorrere nel *brachium conjunctivum* fibre cerebello-petali provenienti (Dejerine-Mahaim) o dal nucleo rosso, o (Mingazzini) dal Thalamus, e fibre cerebello-fugali provenienti

o dal *dentatus* o dalla corteccia cerebellare. Circa quest'ultimo il reperto parla in favore della loro provenienza dalla corteccia cerebellare.

È ormai da tutti ammesso che un contingente di fibre del *brachium conjunctivum* termina nel nucleo rosso; queste, secondo gli autori, passano nella zona ventrale, in parte in quella mediale, ed in parte minima nella laterale (sopratutto nella metà caudale) della capsula midollare del nucleo rosso; delle cellule di detto nucleo sono in rapporto con il contingente cerebellare, le cellule nervose periferiche, specie quelle situate distalmente e quelle centrali situate prossimalmente del nucleo rosso controlaterale alla ipoplasia del brachium. Un contingente di fibre cerebello-fugali è rappresentato nella commessura di Werneckiuk, nel segmento dorsale e medio di essa; il contingente delle (supposte) fibre cerebello-petali discenderebbe quasi tutto nella porzione ventrale.

In seguito all'aplasia del brachium di sinistra si ebbe inoltre riduzione di fibre nell'*incrociamento ventrale di Forel* del *tractus rubrospinalis*.

Gli autori hanno anche cercato di determinare la provenienza anatomica cerebellare dei peduncoli: il rettiforme proviene, in massima parte, dalla porione mediale e prossimale dell'emisfero cerebellare; i peduncoli cerebellari superiore e medio provengono, in massima parte, dalla porzione laterale e distale dell'emisfero cerebellare e da parte del verme (ventrale).

Gli autori hanno inoltre messo in evidenza la ipertrofia di alcune formazioni anatomiche del cervello in relazione all'aplasia emocerebellare-sinistra. Essi infatti hanno segnalato l'ingrossamento del *pes lemniscus profundus*, del *nucleus funiculi cuneati*, del *nucleo sensitivo e motorio del V*; nel talamo di sinistra eravi ipertrofia spiccata dei nuclei disseminati e specie di quelli situati lateralmente, i quali erano talmente grossi e rivestiti in uno *stratum zonale* così cospisuo da rassomigliare al *nucleus anterior;* i nuclei ventrali erano anche più estesi del normale; il *ganglion habenulae* aveva anche raggiunto un'estensione considerevole. Era molto ingrossato da questo lato il *nucleus caudatus*.

A destra si notarono altre formazioni ipertrofiche: il *lemniscus medialis e principalis;* il *lenuciscus profundus; lo strato inter-olivare; la oliva inferiore;* il *dentatus*; il *nucleus medialis a* e *b* (Thalami) ed i *nuclei ventrali*. Gli autori trattano ampiamente ed esaurientemente dei principii generali che regolano questi compensi e ne svelano gli intimi meccanismi vuoi dal punto di vista anatomico che funzionale, specie in quelli determinantisi in conseguenza di aplasie emicerebellari, e ciò facendo illustrano ampiamente la fisio-patologia cerebellare.

Nel cervelletto umano gli autori riconoscono un organo assai complesso, che ricevendo gli stimoli percettivi degli arti per mezzo dei fasci spinocerebellari e del vestibularis, ora determina automaticamente i movimenti corrispondenti dei medesimi, ora trasporta alla corteccia cerebrale le impressioni in sè elaborate. Questa, per mezzo di speciali sistemi di fasci, trasmette, a traverso il cervelletto, gli impulsi corrispondenti alle cellule delle corna anteriori del midollo atti a regolare e conservare il tono delle articolazioni (o isolate o fra loro funzionalmente associate) degli arti e della colonna vertebrale.

Il cervelletto deve concepirsi quindi (in alcuni animali) come un organo complicato di senso e di moto, la cui integrità è necessaria per regolare i movimenti deputati al mantenimento dell'equilibrio.

Nei tagli seriali del cervelletto spiccava una vera e propria malformazione dei gangli centrali del *verme;* ciò ha indotto gli autori ad entrare nella discussione della genesi delle eterotopie; essi non si sono fermati alla rigida descrizione del quadro istologico, ma ne hanno presa occasione per entrare a discutere l'argomento e per decidersi contro l'opinione di coloro che negano alla eterotopia qualsiasi significato di regressione atavica.

S.

CHIRURGIA.

Una nuova operazione per prolasso dell'utero.

(CLIFFERD U. COLLINS. *Surg., Gynec. and Obst.*, settembre 1918).

L'operazione è indicata per i casi di prolasso completo in cui i legamenti uterini hanno perduto la loro elasticità, come è dimostrato dalla permanenza dell'utero fuori del piccolo bacino, senza regresso quando la paziente è coricata. Di solito in questi casi viene praticata l'operazione di Kocher o quella di Murphy.

Se esiste un cistocele così pronunziato da non ridursi quando l'utero e il collo sono spinti in alto nella pelvi, è meglio far precedere una colporrafia anteriore, che ristabilisca il piano pelvico anteriore.

Si tratta di solito di pazienti ben avanti negli anni, che per lungo tempo hanno sofferto dei disturbi concomitanti da parte della funzione vescicale: quindi soggetti deteriorati, e con non buone probabilità chirurgiche. Dovrebbero esser tenute in osservazione per un certo tempo pri-

ma dell'intervento, così da porle nelle migliori condizioni possibili. Poichè probabilmente la malata per lungo tempo non è stta in grado di vuotare completamente la vescica, deve necessariamente esservi stata una pressione retrograda sui reni. Dopo l'operazione, la paziente sarà capace di drenare la vescica ad ogni minzione, ed immediatamente quella pressione sarà abolita. Allo scopo di conoscere se i reni sono in grado di risentire l'immediato allontanamento di questa pressione retrograda, è bene di spingere e mantenere alto l'utero nella pelvi con un tampone di garza, e porre una siringa di Peyer a permanenza nella vescica, per alcuni giorni precedenti all'operazione. Se con questo drenaggio continuo il suddetto sollievo non avviene, il tampone e il catetere possono esser tolti, e la paziente tenuta sotto osservazione e trattamento ancora per un po' di tempo sino a che non si rinnovi la prova.

Si avrà cura di completare tutti i dettagli preliminari, prima di cominciare l'anestesia, al fine di non indugiare nell'operazione, la quale deve essere espletata il più rapidamente possibile.

Una incisione trasversale di Pfannenstiel è condotta sopra la pelvi. Dopo, si pratica un taglio trasversale attraverso l'aponevrosi o parete anteriore della guaina dei retti, ed un altro, pure trasversale, lungo circa 7 cm., parallelamente al primo e 1 cm 1/2 al disopra.

La striscia di aponevrosi così delimitata ha il suo attacco naturale ad ogni estremità, ed è composta di tessuto che non si lacera. I retti sono allontanati l'uno dall'altro, e il peritoneo inciso longitudinalmente.

Si fa ora l'isterectomia sopravaginale, asportando un tratto di collo uterino a forma di V, e lasciando quindi di esso un lembo anteriore e uno posteriore.

I legamenti larghi possono di solito essere legati in massa, poichè quete pazienti sono generalmente anziane di età, e più o meno vi è atrofia dei tessuti pelvici. Mentre i due lembi cervicali sono stirati in avanti, i monconi dei legamenti larghi sono suturati alla superficie posteriore del collo e l'uno all'altro.

I lembi cervicali sono ora tenuti divaricati, e la striscia di aponevrosi è fra loro insinuata; quindi vengono insieme suturati sopra di essa. Sutura del peritoneo, e dei retti tutt'attorno al collo uterino; e quindi dell'aponevrosi che lascia una sua listarella profondamente impegnata nella cernica. Con la sutura dello strato sottocutaneo e della pelle, l'operazione è terminata.

Il collo in tal modo è sicuramente mantenuto alla parete addominale dalla briglia aponevrotica, che non si lacera e non si libera dalle sue inserzioni, che sono naturali. Il tessuto cervicale di solito è rigido e denso, e quando i due lembi sono ben riuniti non è facile che ceda.

Sembra all'A. che questa operazione sia superiore a quella di Kocher, in quanto non lascia nella parete addominale, fra lo stato muscolare ed aponevrotico, dei tratti relativamente grossi di tessuto uterino. Il potere sospensivo della operazione di Kocher dipende dal saldamento di tessuti dissimili (utero con muscoli ed aponevrosi), mentre in quelli descritti è affidato a una striscia di aponevrosi che conserva i suoi attacchi normali, e all'unione di tessuti della stessa costituzione (i lembi anteriore e posteriore del collo uterino).

Va notato che il canale cervicale è frequentemente sorgente di infezione, a meno che non si prendano le adeguate misure preventive. L'A. ha provato la tintura di iodio, l'acido fenico seguito da alcool, e il cauterio di Percy nel canale cervicale: l'acido fenico e l'alcool sembra gli abbiano dato i migliori risultati.

SEBASTIANI.

DERMATOLOGIA.

Lepra indigena.

(PERRIN e BRAC. *Presse Médicale*, 1919, n. 9, p. 77).

Nella città di Marsiglia si osservano non di rado malati di lepra: ciò sia per la situazione geografica ed il porto a cui approdano navi da ogni parte del mondo (*lepra importata*), sia per la vicinanza di antichi focolai leprosi disseminati su tutto il littorale limitrofo, infestato dalla lepra fin dai più antichi tempi (*lepra autoctona*).

Durante la guerra poi Marsiglia è diventata un luogo di concentramento per i leprosi venuti dalle colonie con le milizie e gli operai di quei paesi, malgrado le visite mediche subìte, prima d'imbarcarsi, nei rispettivi centri di reclutamento, le quali non hanno impedito che dei malati con forme fruste o latenti abbiano potuto partire ed essere riconosciuti come affetti da lepra soltanto dopo il loro arrivo in Francia. Ed è perciò che per prevenire il diffondersi di questa malattia, tutti i componenti delle milizie coloniali, senza eccezione, sono sottomessi subito dopo al loro arrivo a Marsiglia ad un esame minuzioso nello scopo di riconoscere coloro che sono eventualmente affetti da lepra. Questa ricerca

spesso è assai difficile per il carattere attenuato, frusto, talvolta mono-sintomatico delle lesioni, che possono a volta essere uniche, isolate, talora anche assai piccole, oppure disseminate in macchie multiple sui tegumenti, così da passare inosservate senza il concorso sintomatico dei disturbi della sensibilità ai quali soltanto è dovuta la soluzione dei casi difficili.

Molti fra questi soggetti non si presentano già come ammalati: il loro aspetto è quello d'individui robusti, qualche volta di veri colossi.

Queste forme che s'iniziano con macchie eritematose od eritemato-acromiche, le quali per lungo tempo possono costituire l'unico segno dell'infezione, sono suscettibili, quando se ne può seguire il decorso, di riprodurre tutti i modi di reazione cutanea, dalla forma eritematosa semplice a quella psoriasiforme presentando alla periferia, od al centro, delle papule e dei noduli squammosi, crostosi od ulcerati.

Il tipo acromico può presentarsi da solo, oppure associato ad altre specie eruttive eritematose o nodulari. Vi ha chi presenta un vasto leproma del volto insieme con macchie acromiche disseminate sul tronco o sulle membra: altri invece presentano sul fianco, e sul fianco soltanto, una larga chiazza depigmentata, circoscritta da un orlo eritematoso semplice o composto di piccoli noduli miliari dello spessore di qualche millimetro appena.

Così in altri soggetti la unica localizzazione cutanea consiste in zone discromiche, talvolta soltanto in macchie iperpigmentate, difficili a riconoscere nelle razze nere, più facili invece ad essere distinte negli Asiatici; oppure in macchie acromiche della cui disposizione e del cui aspetto non è possibile dare una descrizione esatta. In qualche infermo non si osservavano che 2 o 3 chiazze più o meno nettamente circoscritte e scoperte per caso nel corso di un esame completo: in qualche altro la pelle presenta quasi in ogni regione delle zone acromiche di forma irregolare, spesso simmetriche nella disposizione e tali da ricordare la pelle di zebra.

Un tipo che si osserva di frequente è quello in cui la lepra s'inizia su di un segmento periferico superiore o inferiore, sia sulla superficie delle membra, sia sul semento terminale di queste, per esempio sul collo del piede, a preferenza sulla regione malleolare esterna, o a livello del pugno.

Nel primo caso le manifestazioni si estendono a poco a poco sulle dita dei piedi e sulla regione inferiore delle gambe che ricoprono a mo' di gambale; nell'altro si diffondono per un verso sulla superficie dorsale delle mani oltrepassando di rado la radice delle dita, a mo' di mezzo guanto, e dall'altro risalgono più o meno, in alto verso l'avambraccio.

Facile è la diagnosi di tutte queste manifestazioni per la superficie abitualmente rosea o decolorata al centro, per i noduli alla periferia i quali formano una specie di orlo continuo e talvolta migrano, per così dire, al di fuori della chiazza, come elementi isolati in una zona più o meno discromica.

Vi hanno per altro dei casi nei quali non si constata che qualche gruppo di noduli, riuniti in figure circolari in una zona eritematosa, di dimensioni variabili, talvolta non superiori a quelle di una moneta da due lire: si comprende come allora la diagnosi differenziale con la sifilide e con la tubercolosi sia un po' ardua.

È superfluo il dire che, in ogni caso, bisogna ricercare l'ingrossamento del nervo cubitale e i disturbi della sensibilità, per quanto questi ultimi possano non di rado essere discordanti, contraddittori da un soggetto all'altro o anche nello stesso infermo. Se è vero infatti che le chiazze discromiche sono anestesiche, l'insensibilità può non essere costante. Vi ha talvolta anestesia totale, a volte una dissociazione della sensibilità con la scomparsa del tatto e della sensibilità dolorifica, a volte soltanto una diminuzione della sensibilità in genere, a volte infine una stessa chiazza può essere successivamente iperestesica, anestesica, e ricuperare più tardi la sensibilità normale.

Tutte le volte che era possibile, l'esame clinico è stato completato con le ricerche batteriologiche e sierologiche, per quanto i leprologi da lungo tempo sono d'accordo nell'ammettere che non si debba escludere la diagnosi di lepra per il solo fatto del mancato reperto del bacillo, potendo la biopsia essere negativa in qualche lebbroso incontestabile; e d'altra parte i metodi di fissazione, non avendo nulla di costante, non potrebbero essere invocati come elemento diagnostico essenziale di questa malattia.

Gli autori concludono che non sono rari i casi di lepra acromica, senza altre manifestazioni cutanee ed in cui la diagnosi viene stabilita o confermata dalla comparsa di gravi disturbi nervosi che riproducono la sindrome abituale della lepra anestesica.

In un caso un malato, giunto al periodo di cachessia, non presentava sui tegumenti che delle larghe chiazze acromiche su di un fondo dal colore bronzo-chiaro, le quali avevano preso specialmente la superficie dorsale degli avambracci, le natiche e le estremità inferiori e su cui si osservavano dei veri arabeschi: si constatava però un ingrossamento manifesto dei nervi cubitali, dei sintomi di nevrite sulle membra superiori,

con un atrofia muscolare evidente specie al lato destro, in parte del tipo Duchenne-Erb, in parte del tipo Aran-Duchenne, e con gangrena del piede sinistro.

Oltre queste forme, naturalmente, sono state osservate quelle del tipo classico ben noto e che non presentavano nulla di nuovo. Gli autori per altro si sono voluti intrattenere sulle forme *giovani* della lepra, contratta in quei paesi nei quali la infezione è endemica e che non si è sviluppata se non successivamente all'arrivo di questi indigeni in Francia, a proposito delle quali è bene non dimenticare che si tratta sempre di malati aventi bacilli nel muco del naso e che possono perciò diventare agenti di trasmissione della malattia, onde la necessità di far la diagnosi al più presto e prendere sollecitamente le necessarie misure profilattiche.

V. MONTESANO.

MEDICINA SOCIALE.

Per la difesa della maternità e dell'infanzia.

Anche su questo giornale si è fatta nobile opera di propaganda in favore delle *assicurazioni sociali*.

Chi scrive è un convinto fautore, e da tempo non breve, della necessità della assicurazione obbligatoria contro le malattie, per trarne i mezzi di una efficace assistenza sanitaria, estesa a tutti e prestata nelle forme più moderne e più utili, tanto curative quanto preventive.

I tempi sono maturi per l'invocata riforma.

È perciò assai confortante sapere che si sta effettivamente preparando una legge per la quale l'assicurazione contro le malattie sarà estesa non soltanto a tutti i lavoratori, così dell'industria come dell'agricoltura, ma a tutta la popolazione italiana dei due sessi, dall'età di 12 anni in su.

Non è ancora possibile conoscere, nemmeno nelle sue grandi linee, il progetto che si sta elaborando dai competenti per queste assicurazioni sociali. Ed anche conoscendole, non le esporrei. Ma mi sembra doveroso parlare in tempo utile di un gravissimo problema che dubito possa esser risolto per mezzo delle assicurazioni sociali: alludo al problema della *difesa della maternità e dell'infanzia*.

È noto a molti — e se ne è parlato anche in recenti congressi — che per dare alla donna la necessaria assistenza nelle sue funzioni materne sarà nel progetto delle assicurazioni considerata come una malattia la maternità e verrà dato il sussidio *ad ogni donna* nell'occasione del parto o dell'aborto ed in tutte le malattie della gravidanza e del puerperio.

Ma può bastar questo, si domanda, per provvedere all'assistenza materna con quella pienezza di mezzi che sarebbe necessaria non soltanto per la difesa della madre, ma anche per quella del suo bambino?

Non esito a dire, per mio conto, che il sussidio di malattia, dato per la maternità — e non potrebbe essere altrimenti — in misura uguale a quella di tutte le malattie, alle quali la maternità viene equiparata, non può assolutamente bastare.

Per le donne salariate non può andare che *a compenso parziale del salario perduto;* per le altre può appena rappresentare il valore del lavoro che la donna non può fare o nella sua casa o in quella azienda qualsiasi ove essa lavora e dove al suo lavoro deve sostituirsi l'altrui, quasi sempre, in un modo o nell'altro, ricompensato.

Che cosa resta dunque per l'assistenza materna ed infantile se il sussidio di malattia viene così assorbito?

In qual modo si può provvedere alla difesa da tutti i mali ed i pericoli che minacciano la donna ed il bambino?

Gravidanze, parti, puerperii, allattamenti non sono condizioni e funzioni della donna che possano essere lasciate senza vigilanza e senza cura. E tutta l'opera preventiva e curativa della quale ha bisogno ogni madre per sè stessa e per la propria creatura, non può essere in alcun modo sostituita da un sussidio in denaro, fosse pure — e non può essere — cospicuo.

Bisogna dunque organizzare per la difesa della madre e del bambino un'assistenza adeguata, specializzata, necessariamente dispendiosa: e resta a vedere se si può far questo con la sola assicurazione contro le malattie.

Che sia necessario farlo non v'ha dubbio. Non solo ragioni di umanità ma anche, e sopratutto, più alte e pratiche ragioni, che hanno il carattere vero e proprio di ragioni di Stato, richiedono ciò. Proteggendo infatti la donna gravida, la partoriente, la nutrice così da permetterle intera l'esplicazione del suo cómpito materno si fa opera eugenica indispensabile, si provvede al miglioramento della razza o per lo meno alla sua conservazione sottraendola alle influenze sempre più gravi che la civiltà esercita pur troppo dannosamente sulla razza stessa. Guai se la funzione conservatrice della femmina umana non fosse in ogni modo aiutata in questo grave pericolo da chi ha il dovere delle necessarie provvidenze sociali.

E questo dovere è un dovere fondamentale dello « *Stato* » in quanto è esso il solo rapprerentante legittimo della « *società* » e ne deve quindi esercitare tutte le funzioni. Su questo punto siamo ormai tutti d'accordo.

***

Ma i sostenitori delle *assicurazioni sociali* dicono — e l'ho detto anch'io — che queste assicurazioni essendo obbligatorie, avendo perciò una larghissima base, dispongono anche di grandissimi mezzi finanziarii che possono essere molto utilmente adoperati nel moltiplicare i mezzi di assistenza sanitaria e nel creare tutte quelle nuove istituzioni di assistenza che la scienza moderna ha ideato.

Ma essi dicon ancora — e qui non posso seguirli — che con questi mezzi si potrà dunque provvedere alla parte tecnica dell'assistenza materna ed infantile con larghezza mai veduta. Si farà cioè per questo grande problema di assistenza ciò che è stato fatto in Germania per un altro grande problema: quello della tubercolosi.

I sanatorii, ai quali fu in Germania prevalentemente affidata la lotta antitubercolare, hanno potuto esser fondati e funzionare in grazia appunto dei mezzi finanziarii raccolti con le assicurazioni, perchè le Casse assicuratrici hanno trovato maggiore utilità nell'organizzazione di questa specie di assistenza che nella distribuzione pura e semplice dei soccorsi di malattia.

Non nego che la cosa sia in parte vera per la lotta contro la tubercolosi (dove il sanatorio ha però rappresentato un insuccesso) ma nego che vi sia analogia fra l'assistenza dei tisici e quella delle madri, dal punto di vista economico-sociale e rispetto alle assicurazioni.

Le assicurazioni hanno dimostrato la loro utilità nella lotta antitubercolare perchè hanno permesso la trasformazione dell'assistenza al tisico da finanziaria in sanitaria. In luogo di danari si sono date cure adeguate ai malati e si è cercato di guarirli in speciali istituti o di mantenerli in altri fino alla morte, perchè *questo metodo era economicamente conveniente*. I malati potevano prendere più presto il lavoro, costavano meno. Si trovò poi che era anche conveniente diminuire il numero di questi malati cronici — i più costosi per le casse di assicurazione — ed allora la *prevenzione* della tubercolosi seguì la *cura*, che aveva anch'essa, dal canto suo, dimostrato una certa efficacia preventiva in grazia dello isolamento dei tisici ospedalizzati.

C'è da aspettare qualche cosa di simile dalle assicurazioni sociali per l'assistenza materna?

No di certo, perchè qui manca la *convenienza economica* di sostituire l'assistenza sanitaria alla finanziaria. Questa è molto più semplice e meno dispendiosa. Un'istituzione di natura economica e specialmente a tipo assicurativo, che ha il dovere di bene amministrare il patrimonio comune degli associati, non può dunque largheggiare a favore di alcuni ed a scapito di altri. Non si può dunque organizzare per la madre ed il bambino un'assistenza sanitaria che al solo patto di averne della economia nella distribuzione dei sussidii, come è accaduto in Germania per l'assistenza ai tubercolosi, diminuiti di numero e più presto guariti dopo l'organizzazione di questa assistenza.

Ma una buona assistenza sanitaria non diminuirebbe di certo la durata delle gravidanze ed il numero di queste e dei parti e dei puerperii corrispondenti. Per aspettare un resultato analogo a quello ottenuto in Germania per la tubercolosi, le assicurazioni dovrebbero poter fare assegnamento sulla diminuzione delle nascite ed orientare l'assistenza materna verso un malthusianismo di Stato. È invece prevedibile l'opposto perchè una buona assistenza alla madre avrebbe anche fra i suoi resultati più utili un aumento della fecondità femminile.

Il confronto dunque non regge e porta a conclusioni paradossali, che hanno sapore di satira.

Diciamo dunque chiaramente che non è possibile attendersi dalle assicurazioni sociali, per la sola azione del fattore economico, una trasformazione della assistenza, la quale dovrà rimanere puramente finanziaria.

La donna sarà sussidiata ma non sarà assistita. L'assicurazione contro le malattie estesa alla maternità sarà dunque utilissima, ma non risolverà davvero il problema dell'assistenza materna ed infantile che è tanto più complesso e più grave di quello che comunemente si pensa ed esige, ad ogni costo, il pronto ed energico intervento dell'azione statale.

***

V'è poi un'altra gravissima considerazione da fare ed è questa: che con le assicurazioni sociali in preparazione non si provvede all'infanzia. I bambini restano esclusi dall'assistenza perchè il beneficio della assicurazione comincerebbe, per quanto si dice, a 12 anni.

È mai possibile cio? Se v'è utile assistenza sociale è quella che ha di mira il fanciullo, perchè il fanciullo ha una mortalità assai elevata, specialmente nei primi tre anni, perchè

dal fanciullo si forma l'uomo e se il fanciullo non nasce sano e robusto, tale non potrà essere l'uomo.

Necessità prima e massima per ogni Stato è dunque quella di curare l'infanzia perchè la nazione non si spopoli e sia forte e sana la stirpe.

Ben vengano dunque le assicurazioni sociali ma non si chieda loro più di quello che possono dare.

Alla difesa della maternità e dell'infanzia esse non possono provvedere efficacemente senza fare della cattiva amministrazione.

Su questo punto io mi trovo perfettamente d'accordo con l'on. Bertolini (1) il quale nella *Nuova Antologia* ha scritto un notevole articolo dimostrando che le Assicurazioni non bastano e che occorrono *provvidenze sociali* direttamente applicate dallo Stato per molte specie di assistenza.

L'assistenza materna ed infantile richiederebbe, a parer mio, piuttosto queste *provvidenze statali* che l'assicurazione contro le malattie, ma dal momento che a queste assicurazioni si vuole oggi affidare tutta la soluzione del complesso problema dell'assistenza pubblica, risolvendo con esse anche la questione ospedaliera e le altre minori questioni collaterali, bisogna pure che qualcuno alzi una voce per dire che la maternità e l'infanzia non debbono più a lungo restare indifese.

Pensi dunque lo Stato: 1° a preparare direttamente le *provvidenze sociali* necessarie per questa assistenza, *indipendentemente* dalla assicurazione contro le malattie (perchè la donna in quanto è malata ha anch'essa diritto di partecipare ai benefici delle assicurazioni e in quanto è madre ha diritto per sè e per i figli ad altri aiuti); oppure 2° permetta alle assicurazioni la organizzazione della assistenza speciale alla madre ed al bambino in luogo della semplice distribuzione di sussidii, *integrando* l'opera di questo grande istituto di previdenza con l'opera propria di assistenza ed i relativi mezzi finanziarii.

Se dovesse scegliersi questa seconda soluzione (alla quale nel recente Congresso di ostetricia sociale ho dovuto adattarmi per vedere approvata l'idea di un ente autonomo per l'assistenza materna ed infantile) sarebbe necessaria la creazione di un organo tecnico per l'assistenza materna ed infantile, costituito con la feconda collaborazione degli ostetrici e dei pediatri e finanziato in parte — quella che le spetta — dall'Istituto per le assicurazioni contro le malattie ed in parte direttamente dallo Stato, mentre per un'altra parte ancora potrebbero essere utilizzate le risorse dell'attuale beneficenza, opportunamente trasformata, come i mutati tempi richiedono.

T. ROSSI-DORIA.

(1) BERTOLINI prof. PIETRO. *Assicurazioni operaie o provvidenze sociali.* Nuova antologia 1° e 16 marzo 1918.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE DI RISERVA - SUCCURS. TRAPANI.
Reparto di chirurgia diretto
dal dott. VITO SALVO, capitano medico.

Contributo alla chirurgia cranica.

Nelle ferite del cranio con frattura e perdita di sostanza ossea i risultati che si ottengono col processo di riparazione e di copertura delle brecce craniche, colla plastica ostea-periostea, sono eccellenti, e per quanto potrebbe sembrare sottile lo strato osseo, a spese solo del tavolato esterno, che si sovrappone, pure pel processo di osteogenesi, si viene a sviluppare una protezione tale del contenuto endocranico, che alla palpazione la resistenza di essa è uguale ai tessuti circostanti; anche colla radiografia si nota una contiguità di tessuto osseo, sul punto della breccia ricoperta, quasi uguale al normale.

A tal uopo mi permetto esporre le storie cliniche di due feriti dell'attuale guerra.

Soldato A... S..., ... fanteria, ricoverato il 22 agosto 1917.

Viene trasferito dall'Ospedale militare di Gozzano ed entra per ferita da scheggia di granata alla regione fronto-parietale sinistra con lesione e perdita del tavolato osseo e con ernia cerebrale.

Riferisce che il 4 novembre 1916 fu ferito a Castagnevizza, ebbe le prime cure al posto di medicazione, ove fu antitetanizzato; fu portato poscia all'osped. da campo n. 106, dimorandovi cinque mesi e diciassette giorni, poscia passò all'ospedale di Cremona, dal quale, dopo otto giorni, fu trasferito all'ospedale Ugulatti della stessa città, dimorandovi un mese; indi fu trasferito all'ospedale militare di Gozzano dal quale proviene, dietro richiesta della famiglia, dopo circa due mesi di degenza.

Dalla storia clinica che lo accompagna risulta che presentava numerose ferite, oltre quella della regione frontale più grave, altre alla regione occipitale destra, alla regione frontale destra, e alla regione parotidea destra con lesione del facciale; che subì un primo intervento chirurgico il 6 agosto e fu praticata una buona breccia, mediante scalpellamento, delle dimensioni della moneta di un soldo, si notò aumentata la tensione della dura madre e al disotto si constatò un ematoma. Per estrarre due piccole schegge incuneate nella dura, si dovette ampliare ancora la breccia sino a raggiungere

un diametro di tre centimetri, che si incise la meninge dando esito a una raccolta sanguigna frammista a sostanza cerebrale.

Dopo varie alternative di febbre e fenomeni di una certa gravità, il 14 agosto si constatava che incominciava a stabilirsi un'ernia dell'encefalo con pulsazione molto superficiale.

Dopo qualche giorno dalla lesione incomincia una fuoriuscita di pus commisto a liquido sieroso e i fatti generali migliorarono; però l'ernia cerebrale rimase stazionaria.

Questi fatti si prolungarono per parecchi mesi, fino a tutto dicembre, incominciando a migliorare in gennaio, riducendosi un po' il volume della sostanza cerebrale erniata, e in queste condizioni venne dimesso dall'ospedale dove ebbe il primo intervento chirurgico.

All'atto della ricezione in questo riparto presentava: al centro della fronte una cicatrice che va all'indietro e a sinistra verso il parietale descrivendo una linea curva che si stende per dieci centimetri fino alla linea rolandica; nel mezzo di essa il tessuto cicatriziale si allarga in forma quasi circolare e si vede la pulsazione endocranica; nel lato posteriore di questa cicatrice circolare vi è un seno fistoloso dal quale fuoriesce del pus.

Alla palpazione si sente la mancanza dello scheletro in forma irregolarmente circolare e per l'estensione d'una moneta di dieci centesimi.

Nel tramite fistoloso lo specillo si affonda per un centimetro apprezzando una cavità, ma non percependo superfice ossea.

Alla regione occipitale vi è un tessuto cicatriziale quasi rettilineo. Gli arti inferiore e superiore di destra sono in uno stato di paresi, vi è paralisi dell'alluce destro e del facciale destro, vi è ancora disartria della parola.

L'esame del sistema nervoso fa rilevare ancora normali i riflessi pupillari con lievissimo nistagmo. A destra si ha esagerazioni del riflesso rotuleo e qualche accenno al Babinski, non vi è clono delle rotule, vi è clono del piede.

I riflessi cutanei addominale e cremasterico sono assenti. Vi è paralisi del facciale di destra per lesione periferica.

In questo riparto si constatano convulsioni jacsoniane che si succedono continuamente, tanto da obbligare due piantoni a guardarlo per non farlo cadere dal letto, si ha tremore continuato e l'infermo deperisce.

A richiesta della famiglia e col consenso del direttore dell'ospedale si procedette a consulto coll'allora capitano F. Purpura, professore di patologia chirurgica nell'Università di Palermo, e si stabilì, per come avevo io manifestato, che dopo la estinzione del processo suppurativo si sarebbe intervenuto, tanto per togliere quanto disturbasse le funzioni nervose cerebrali, quanto per colmare la vasta perdita di sostanza ossea.

Il 24 novembre, cicatrizzata completamente la lesione dei tegumenti, sotto la narcosi morfino-cloroformica, si procede, con un largo lembo a ferro di cavallo e a base inferiore, alla escisione di tutta la sostanza sclerotica cicatriziale, residuo dell'ernia cerebrale.

Nell'angolo posteriore della breccia ossea si constata una briglia sclerotica e aderente tra la dura e il cranio, si distacca e con essa anche altre piccole aderenze verso il bordo inferiore rendendo completamente libera in tutta la circonferenza la breccia ossea dalla dura madre.

Fatta la *toilette* di tutta la cavità, si procede alla plastica osteo-periostea con lembo pigliato dal lato posteriore e rivoltato a cerniera di 180°.

Si sutura questo lembo al pericranio corrispondente e si applica sopra di esso il lembo cutaneo.

Decorso post-operativo lodevole, cessano d'incanto le convulsioni jacsoniane ed il tumore, la temperatura oscilla per cinque giorni fino a 38°, e all'ottavo giorno, tolti i punti di sutura, si ha guarigione *per primam*.

La emiparesi di destra si modifica sensibilmente ed a poco a poco, anche aiutata dalle cure elettriche, va scomparendo; porta l'arto superiore destro in posizione del saluto militare, l'arto inferiore destro riacquista la sua funzione da camminare senza bastone, solo rimane una paralisi dell'alluce destro. Persiste la paresi del facciale a destra da non poter abbassare completamente la palpebra superiore. Rimane nel riparto per completare le cure elettriche fino al 31 gennaio 1918.

La consistenza della superficie cranica nel punto ove fu praticata la plastica è uguale ai tessuti circostanti; non si sono ripetuti in tutto il tempo della degenza, dopo l'atto operativo, convulsioni di nessuna natura.

Il soldato F... V..., del ... fanteria, ricoverato il 7 dicembre 1917, trasferito dal Rosolino Pilo di Palermo per postumi di scheggia di granata alla testa, ci riferisce che il 12 agosto 1917 fu ferito da scheggia di granata alla testa, venne ricoverato dall'ospedaletto da campo di cui non ricorda il numero, indi passò all'ospedale di Bologna standovi 15 giorni, poscia a S. Maria di Capua, indi a Napoli e dopo 10 giorni all'ospedale militare di Palermo.

In corrispondenza dei parietali, più verso destra, si riscontra una perdita di sostanza ossea di forma irregolare, quanto una moneta di due centesimi; nel mezzo di essa vi è un tramite fistoloso con poca secrezione sierosa. L'infermo — asserendo notevoli sofferenze, come cefalea, vertigine, confusione mentale — reclama un intervento ed il 21 febbraio, sotto la narcosi morfino-cloroformica, si pratica un lembo, sovrastante la breccia ossea, a ferro di cavallo e a base inferiore destra.

Sollevato il lembo e fatta la emostasi, si nota una breccia sul parietale destro, vicino alla linea mediana, di forma quasi circolare, del diametro di un centimetro e mezzo; si asportano i tessuti cicatriziali di nuova formazione e si scopre tutto il tessuto osseo, che è a forma di imbuto, nel cui culmine inferiore un tramite lascia passare appena uno specillo che si affonda nella sola sua estremità; si allarga questa piccola breccia colla sgorbia e col martello fino a portarla al livello della superficie superiore, trasformando la forma di imbuto in sezione di cono.

La dura madre si presenta senza alcuna pulsazione ed è d'una durezza quasi ossea. Si staccano dal bordo del tavolato interno delle aderenze colla dura, e, data la resistenza di essa e la mancata pulsazione, ci crediamo autorizzati ad aprirla: fuoriesce subito liquido cefalo-rachidiano limpido e si ristabilisce la pulsazione.

Si asporta tutta quella superficie di dura madre sclerosata, si fa la *toilette* della cavità e si pratica un lembo osteo-periosteo che si rivolta

a cerniera, che viene a coprire completamente la breccia cranica, e si fissa con un punto di sutura. Si rivolta su di esso il lembo cutaneo che si sutura e si medica asetticamente.

Decorso post-operatorio normale; guarigione *per primam*. Sono scomparsi i fenomeni di compressione cerebrale, vertigini, cefalea intensa, malessere generale e stato ipocondriaco.

L'infermo ritorna ilare ed in istato di benessere. La consistenza ossea sul punto ove esisteva la breccia è uguale ai tessuti circostanti. Viene dimesso il 22 marzo corrente anno, con tre mesi di licenza di convalescenza, perchè non si può invocare nessun articolo dell'elenco per sottoporlo a rassegna.

La prima storia clinica dà luogo principalmente a considerazioni riguardanti la teoria delle localizzazioni cerebrali, e tutte e due ad illustrazioni di recenti processi di medicina operativa.

Nel primo caso le alterazioni nervose periferiche corrispondono con precisione a guasti consecutivi al trauma dei centri nervosi.

La lesione è localizzata proprio sulla scissura rolandica e si estende in alto alle due circonvoluzioni centrale anteriore e centrale posteriore fino al lobulo para-centrale o di Bertz, ed in basso le aderenze si estendevano fino al terzo inferiore delle circonvoluzioni pararolandiche, ove nel piede della terza frontale è il nucleo dell'ipoglosso. Così uniformemente ai ritrovati di Charcot e Pitres prima e di Nothnagel, Munch, Luciani, Tamburini, Horsley, Bianchi, Beevor, Schaefer dopo, le lesioni su queste regioni danno alterazioni di motilità dall'altro lato del corpo; e precisamente la lesione dell'arto inferiore corrisponde al suo centro nervoso nel terzo superiore delle circonvoluzioni pararolandiche unitamente al lobulo para-centrale; la paralisi residuale dell'alluce è dovuta alla perdita di sostanza cerebrale erniata ed escisa, perchè impigliata in tessuto cicatriziale per tanto tempo invaso da processo suppuratico. La paresi del braccio, il cui centro nervoso è nel terzo medio della scissura, e corrisponde al margine anteriore della frontale ascendente dove si anastomizza col piede della seconda frontale, eliminate le aderenze, si è ristabilita completamente.

I disturbi della favella erano dovuti ad aderenze verso il piede della terza frontale ove è il nucleo dell'ipoglosso che innerva la lingua e il faringe, difatti non vi era abolizione ideativa della parola, ma difficoltà nello sviluppo dei movimenti periferici per la produzione di essa.

Il processo di riparazione e protezione della perdita di sostanza cranica si è effettuato approfittando del metodo Durante per la sezione ossea tangenziale discontinua a lembo cutaneo periosteo osseo per le aperture del cranio; e, poi, considerando che il processo di von Hacher, a lembo periosteo osseo a lamina ossea unica applicata a cerniera sulla breccia con rovesciamento di 180°, come pure il processo di Garrè a lembo periosteo-osseo a lamina unica applicato per torsione come l'autoplastica tegumentaria all'indiana, si possono adottare per piccole perdite di sostanza ossea perchè diversamente la curvatura della nuova calotta ossea non corrisponderebbe a quella perduta, mi sono attenuto al processo del Righetti a lembo periosteo osseo a lamine ossee multiple applicato per rovesciamento a cerniera, ricolmando la breccia cranica con un lembo periosteo osseo scolpito sul margine posteriore sulla breccia stessa e rovesciato su questo a 180° come nel processo di von Hacher e con la differenza, che il lembo invece di una lamina unica, contiene parecchie laminette ossee; esso viene sollevato come nella sezione ossea tangenziale discontinua della sezione cranica alla Durante.

Righetti consiglia, come ho fatto, di arrovesciare su sè stesso il lembo, man mano che lo si forma, per poi distenderlo sulla breccia.

Questo metodo è più facile, riproduce la curvatura del cranio al naturale per la sua adattabilità, ed è più utile per brecce più ampie.

La resistenza tegumentaria del cranio, dopo due mesi dell'intervento è uguale alla circostante e dalla radiografia si rileva una piccolissima differenza di assorbimento di luce.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medica di Parma.

Resoconto sedute del 21 febbraio 1919.

Contributo alla conoscenza della tabe giovanile.

Dott. G. BIANCHI. — Allo scopo di portare un modesto contributo allo studio ed alla letteratura delle forme di tabe giovanile, l'A. riferisce un caso che egli ha potuto osservare varii anni fa di una ammalata, venuta di nuovo quest'anno alla consultazione.

Si tratta di una ragazza il di cui padre è morto in un manicomio di paralisi progressiva e che durante la vita aveva presentato anche qualche sintomo di tabe. La storia è la seguente:

B... A..., di anni 23, nubile. La madre è tuttora vivente e sana: ha avuto 11 gravidanze di cui quasi nessuna giunse a termine e varii aborti.

La paziente sin dai primi giorni dalla nascita ha presentato segni indubbi di un pemfigo sifilitico e così pure all'età di 4 anni ebbe manifestazioni sifilitiche alla gola. All'età di 15 anni, coll'iniziarsi delle mestruazioni, comparvero accessi convulsivi, accompagnati da grave diminuzione della vista, vertigini, crisi cefalalgiche gravi.

Obbiettivamente l'ammalata presentava numerose stigmate eredo-sifilitiche. Nel campo della motilità notavasi leggero Romberg, la mancanza dei riflessi rotulei ed achillei, la disuguaglianza pupillare, la presenza del fenomeno di Argyll-Roberston.

Nel campo delle funzioni di senso si notavano cefalalgie, diminuzione della sensibilità profonda, dolori lancinanti agli arti inferiori, senso di cintura all'addome, notevole diminuzione del visus e grave atrofia dei nervi ottici. Nelle funzioni organiche si notava ipotonia, reazione di Wassermann nel sangue positiva, crisi urinarie. L'ammalata presentava inoltre dal lato psichico sopratutto un arresto dell'intelligenza, memoria debole, depressività, apatia. Dopo aver esclusa la possibilità che potesse trattarsi di un caso di morbo di Friedreich, di sclerosi a placche, di lue cerebro-spinale, di eredo-atassia cerebellare di P. Marie, di nevrite, l'A. ammette trattarsi nel suo caso di una forma di tabe e dimostra che esso si deve considerare come una tabe giovanile, legata cioè alla sifilide ereditaria.

Il caso illustrato si differenzia dai casi sinora descritti perchè accanto ai sintomi tabici si ha la concomitanza di scosse improvvise, rapide, diffuse ai muscoli del capo, del collo e del tronco, nonchè accessi convulsivi che si presentano colle caratteristiche della forma epilettica. Queste profonde alterazioni della motilità, con carattere di eccitamento, hanno in una massima parte ceduto al trattamento specifico mercuriale. Accanto poi ai sintomi nevrologici stanno pure alcune alterazioni psichiche degne di rilievo e cioè: arresto dell'intelligenza, reazioni psico-motrici tarde, apatia, tono emotivo melanconico, memoria debole, volontà fiacca, in complesso esiste una globale deficienza delle diverse attività psichiche, di grado piuttosto rilevante.

Profilassi sociale del rachitismo.

Prof. O. COZZOLINO. — L'O. dichiara che una profilassi sociale *non utopistica* del rachitismo, perchè vi si potrebbe giungere con una spesa relativamente non ingente, dovrebbe proporsi lo scopo, oltre che della massima diffusione possibile dell'allattamento naturale soprattutto al seno materno, di sorvegliare durante il primo, e meglio ancora fino a tutto il secondo anno di vita, tutti i bambini indistintamente mediante una visita quindicinale praticata da medici *ad hoc*, che sappiano cioè riconoscere le prime stigmate scheletriche del morbo e quindi in grado di fare una diagnosi precoce.

Il rachitismo ha, com'è noto, una tendenza alla guarigione spontanea, e questa può essere agevolata, forse anche accelerata, impedendo altresì il più possibilmente le deformità ossee più gravi e persino opponendosi alle gravi e spesso letali complicanze consecutive, mercè tale sorveglianza assidua a mezzo di medici-pediatri, che si potrebbero chiamare di Stato. Si tratterebbe di allargare ed integrare la sfera d'azione dell'opera altamente benefica degli attuali dispensarii per lattanti, la quale ora viene esercitata in misura sempre assai limitata, e soltanto in alcuni dei nostri grandi centri.

Non sarebbe al certo solo alla profilassi del rachitismo cui tali medici sarebbero delegati, ma il loro còmpito coinvolgerebbe tutta l'opera complessa e multiforme dell'assistenza igienico-sanitaria della primissima infanzia.

La mobilitazione di questi medici-pediatri di Stato dovrebbe cominciare adesso che, colla cessazione dello stato di guerra e col progressivo decrescere delle esigenze del servizio medico-militare, occorre provvedere invece seriamente ed urgentemente alle supreme necessità eugenetiche delle future generazioni, la nuova milizia di domani, uno dei còmpiti questi più sacri e più doverosi del dopo-guerra.

Contributo sperimentale alla conoscenza del significato fisiologico dell'inosite.

Prof. A. VALENTI. — L'inosite preparata la prima volta dallo Scherer nel 1850, traendola dalle acque madri provenienti dall' estrazione della creatina dai muscoli (donde il nome da ἴς, ἰνος = muscolo), fu ritenuta per i dati analitici e per il sapore dolciastro un isomero del glucosio. Il Maquenne però qualche anno dopo dimostrò che la struttura chimica differiva notevolmente da quella degli zuccheri a 6 atomi di carbonio, essendo costituita da una catena chiusa derivante dal cicloesano.

Ma sopratutto divenne notevole l' interesse scientifico di questa sostanza quando il Winterstein ebbe a stabilire che inosite si poteva ottenere come prodotto di scissione da un composto organico fosforato, che primo il Pfeffer nel 1872 aveva riscontrato nei globoidi inclusi nei granuli di aleurone sotto forma di sale doppio di magnesio e di calcio.

Posternack nel 1903, perfezionato il metodo di estrazione di questo acido fosforganico nei vegetali, lo chiamò acido anidro ossi-metilen-di-fosforico, ritenendo che l'inosite non si trovasse preformata nei vegetali, ma si formasse durante l'idrolisi dell'acido stesso.

Le esperienze ulteriori particolarmente del nostro Contardi hanno però in modo indubbio dimostrato essere quest'acido fosforganico un etere esafosforico dell'inosite.

Numerosissima è oramai la serie dei vegetali in cui è stata ritrovata inosite, ed è notevole che essa è contenuta quasi esclusivamente nelle parti

verdi e cioè nelle foglie e nei frutti prima della maturazione.

Anche negli organismi animali oramai si è trovata diffusissima, e si è persino intitolato all'inosite un nuovo capitolo della patologia — l'inosuria.

Nulla però si conosce del suo ufficio biologico e della sua origine.

Posternack nei vegetali ammette che l'inosite deriverebbe dalla polimerizzazione dell'aldeide formica durante il periodo di massima insolazione della pianta, quando cioè i fosfati trascinati dalla corrente ascensionale sono in quantità deficiente per eterificare tutta l'aldeide formica, formatasi per l'attività clorofilliana.

Meno felice è l'interpretazione che egli dà per gli organismi animali, in cui l'inosite rappresenterebbe il prodotto di un'incompleta ossidazione della sostanza organica. Ma il fatto di ritrovarla in organi normalissimi, e di averla nel pulcino appena nato, mentre inosite non si trova nelle uova non covate, non rende accettabile tale ipotesi.

Ma, scartata l'ipotesi di Posternack, nulla si sa di preciso.

Non si forma glicogeno dopo somministrazione di inosite, non aumenta l'extra glucosio nei cani digiunanti resi diabetici per florizina, non aumenta il glucosio nei diabetici, non si modifica il quoziente respiratorio, non si modifica il ricambio dell'azoto, del fosforo, dell'acido urico, dell'ammoniaca: solo parrebbe aumentare l'eliminazione della creatinina (Anderson).

Si sa di certo soltanto che l'inosite somministrata per bocca alla dose di gr. 0.5 per chilo, provoca diarrea, e che mentre iniettata si ritrova in grande quantità nell'urina, invece per *os* non si ritrova che in piccole quantità, perchè parrebbe trasformarsi per l'azione della flora intestinale.

L'O. ha cercato di studiare il problema sotto un altro punto di vista. Basandosi sulla conoscenza che i fosfati inorganici se sono facilmente assorbiti non sono utilizzati dagli organismi animali ha voluto vedere se eventualmente fosse invece possibile un'assimilazione, somministrando contemporaneamente fosfati inorganici ed inosite.

Il risultato degli esperimenti dimostra che in effetti una parte di anidride fosforica è in queste condizioni trattenuta dall'organismo, il che farebbe suporre che possa formarsi così nell'organismo per via sintetica un fosforo organico assimilabile.

L'O si riserba di continuare le ricerche specialmente con la circolazione artificiale negli organi.

Sulle incompatibilità chimiche dell'adrenalina: il diverso comportamento dell'adrenalina pura in conformità all'estratto completo delle capsule.

Dott. P. PICCININI. — L'O. in considerazione della importanza sempre maggiore che la adrenalina va assumendo nella terapia, anche nell'associazione con altri farmaci, ha voluto riprendere uno studio del Valeri, che aveva stabilito un'incompatibilità chimica tra adrenalina e sali di ferro e di arsenico. Avendo però nel corso delle ricerche fatto un'osservazione che gli sembra importante riferisce appunto intorno a questa esperienza.

Egli avrebbe fondamentalmente confermata l'osservazione del Valeri, per quanto ha riguardo all'associazione dell'adrenalina pura con i sali inorganici di ferro e di arsenico, ma avrebbe potuto stabilire in modo preciso che nessuna incompatibilità si manifesta più quando in luogo dell'adrenalina pura si associa ai detti sali l'estratto completo delle surrenali.

Queste ricerche furono fatte sull'occhio di rana e sul circolo del cane.

L'A. accenna alle varie ipotesi che potrebbero elevarsi a spiegare questo diverso meccanismo, ma si riserba di ritornare sull'argomento che apre senza dubbio un capitolo di nuove e interessanti ricerche sulle glandole endocrine.

A. VAL.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Sulle infezioni renali.

Non è ben noto quale via seguano le infezioni per aggredire il rene, se cioè la sanguigna, la linfatica o quella dell'uretere. È certo, ad ogni modo che vi sono dei fattori predisponenti, come p. e, il fatto che trattisi di un rene già malato, oppure anche che l'individuo sia in preda a certe malattie (foruncolosi, infezioni delle vescicole seminali, della prostata, disturbi gastrointestinali, ecc.).

Spesso queste infezioni non vengono riconosciute ed i sintomi da esse provocati sono attribuiti ad altre malattie, provocando anche erronei atti operativi, p. e. sull'appendice, sulle ovaie, cistifellea ecc.

Gli AA., basandosi sopra 116 casi di infezioni renali non tubercolari e non chirurgiche passano appunto a stabilirne la sintomatologia e la diagnosi.

Per quanto riguarda l'*eziologia*, si nota la prevalenza nel sesso femminile, e nelle malattie del

relativo apparato genitale (puerperio, gravidanza e salpingite, oltre a quelle dell'apparato orinario propriamente detto (stenosi uretrale, rene mobile, reduplicazione dell'uretere. Frequente è la concomitanza di costipazione e di infezioni della bocca.

Non è poi esatta l'affermazione che la lesione sia sempre bilaterale, salvo i casi di infarto: nella statistica degli AA., ciò si è verificato nel 58 % dei casi. Nel rimanente un solo rene era infetto con una leggera prevalenza nel lato destro.

I *sintomi* cardinali dell'infezione renale sono i brividi e la febbre, il dolore alla schiena e la minzione frequente e dolorosa.

Vi sono però dei casi di infezione renale, in cui tali sintomi mancano e se ne trovano invece altri, come costipazione, cefalea, vomito, dolori all'addome, alla vescica, alle gambe, al collo, la ematuria, la eprdita di peso, la ritenzione o l'incontinenza di orina, ecc.

Il dolore alla schiena, varia di tipo, di intensità e può essere sordo od acuto, limitato ad un solo lato della regione lombare, od esteso a tutta questa. Talvolta i dolori si irradiano e vengono riferiti alle ossa pelviche, alla coscia, simulando anche una colica uretrale, nelle forme più acute vi si associa un angoscioso dolore addominale, che talvolta è il solo dolore accusato. In tali casi è necessario un vero acume diagnostico per non attribuire al contenuto addominale la causa dei dolori e non procedere ad una inutile laparatomia, che in qualche circostanza è stata praticata.

La temperatura è variabile quanto gli altri sintomi: più alta nelle forme acute, talora non febbrile in quelle croniche, tende sempre ad assumere un andamento intermittente.

I leucociti nel sangue tendono a percentuali elevate nelle forme acute (fino a 40.000 per cmc.) e sono a un dipresso normali in quelle croniche.

L'urina vescicale contiene generalmente leucociti, che qualche rara volta possono essere assenti in qualche esame; tale assenza non deve quindi deporre contro l'infezione renale.

Cistoscopia. Nel 32 % degli ammalati osservati dagli AA. la cistoscopia era negativa: nel 51 % si osservava iperemia attorno al trigono, ma nessuna modificazione agli sbocchi ureterali. Nel 17 % invece, si notava iperemia generalizzata, talvolta associata ad edema e deposito di muco-pus sulle pareti; in tali casi era difficile la distinzione da un processo tubercolare e solamente dopo un trattamento locale si potè scoprire la causa primaria dell'infezione vescicale.

Esame batteriologico. È stato praticato insemenzando 10 cmc. di ager-sangue con 5 goccie di urine estratta con catetere ureterale. I germi riscontrati sono stati in prevalenza il *B. coli* (85 %) e lo stapilococco (16 %) in coltura pura od associati; altri reperti più rari sono stati il bacillo del tifo, il piocianeo, difterico.

La *diagnosi* si fa talvolta sopra i soli sintomi, e richiede talaltra lo studio microscopico e batteriologico dell'urina raccolta col cateterismo dell'uretere.

Può essere utile conoscere con quali diagnosi sono stati inviati agli AA. i 116 casi da essi osservati, poichè ciò dà un'idea delle malattie che possono essere simulate dalle infezioni renali. Vi sono, oltre a cistite e pielite, 8 diagnosi di polmonite, 7 di salpingite, 6 di tifoide e di appendicite, 3 di pleurite, di aborto, di lacerazione del perineo, di sciatica, 2 di colecistite, di isterismo, di bronchite acuta, di influenza, altre di retroflessione uterina, di malaria, ecc.

Trattamento. Gli AA. ritengono come indizio di guarigione due colture successivamente negative dell'urina, fatte a 5-7 giorni di intervallo.

Nelle infezioni da *coli*, si somministra l'esametilentetramina a dosi medie per una settimana, alternando con somministrazione di alcali (citrato o bicarbonato di sodio) per un'altra settimana. Quando è in causa lo stafilococco, si userà l'esametilenamina continuamente, prescrivendo anche fosfato di sodio o acido benzoico.

Localmente si faranno irrigazioni nella pelvi e calici renali con nitrato d'argento (1-3 %), ogni cinque giorni: la guarigione si può avere dopo 3-5 irrigazioni: talvolta però ne è necessario un maggior numero.

Talvolta il semplice cateterismo ureterale produe un notevole miglioramento o anche la scomparsa dei sintomi.

I risultati migliori si hanno nelle infezioni da *B. coli*, mentre in quelle da stafilococco si ottiene talora solo un miglioramento. (H. Calver, R. D. Herrold e F. M. Phifer. *Journ. of. Amer. méd. Association*, 18 maggio 1918).

FIL.

Il rene policistico nell' adulto.

L'inizio di questa forma è assai variabile ed i primi fenomeni possono essere quelli di una nefrite, di un neoplasma, il dolore, l'ematuria, così pure è assai variabile l'evoluzione.

Albarran e Imbert hanno descritto tre forme cliniche di questo processo morboso: la prima caratterizzata da un improvviso verificarsi di fenomeni uremici in un soggetto apparentemente sano, che viene a morire in 8-10 giorni.

La forma brightica ha evoluzione lenta e pre-

senta il quadro classico della nefrite cronica, terminando più o meno rapidamente in uremia.

La forma renale è caratterizzata da dolore addominale o lombare ed ematuria.

Quest'ultima forma è stata considerata da Pousson come il tipo chirurgico del processo; questo A. oppone al vero rene policistico (affezione bilaterale di origine ignota) il pseudo rene policistico, che ha origine nefritica, litiasica, idronefrotica, tubercolare e che è spesso unilaterale.

In vero all'autopsia l'unilateralità del processo non sembra frequente, essendosi trovata solo in un caso su dodici.

Anche dal punto di vista sintomatologico esso differisce poco dal vero rene policistico. Si hanno sintomi di nefrite cronica, tumore, dolore, ematuria, ed inoltre sintomi di litiasi, mentre la radiografia rivela la presenza di calcoli renali. La complessità e variabilità dei sintomi spiegano i facili errori diagnostici. Il cateterismo ureterale e la radiografia saranno di notevole aiuto, questa ultima eliminando la litiasi renale, mentre il primo potrà eventualmente stabilire la diagnosi di tubercolosi.

Nel carcinoma renale, il rene può essere notevolmente ingrossato e provocare ematuria, oppure invece dare un'urina affatto normale. Anche l'idronefrosi può essere diagnosticata col cateterismo ureterale.

L'intervento chirurgico è solo indicato nel caso di complicazioni, quali suppurazione, ematuria, anuria. Occorre però prima accertare la funzionalità dell'altro rene, supposto sano e, se questa è insufficiente, limitarsi alla nefrotomia. Nelle forme nefritiche ed uremiche, l'unica cura consiste nelle solite indicazioni per la nefrite interstiziale.

(*Medical Record*, 30 nov. 1918). *ini.*

La funzione renale nell'ipertensione.

W. C. Rappleye (*Boston Med. a. Surg. Journal*, 3 ott. 1918) ha fatto la determinazione dell'azoto ureico contenuto nel sangue, dell'eliminazione di fenolsulfoneftaleina e l'analisi urinaria in 100 pazienti la cui pressione arteriosa sistolica superava 150-155 mm. di Hg.

Eccettuati 4-5 soggetti, erano tutti in buone condizioni generali apparenti di salute ed in piena attività; nessuno presentava edemi, dispnea, febbre o altri disturbi manifesti.

Ecco i principali risultati di questo studio.

L'azoto ureico era superiore a 16 mgm. per 100 cmc. nel 30 % dei casi.

L'eliminazione dell'anilina fu superiore al 40 nel 66 % dei casi, fu di 40 nel 16 % ed inferiore a 40 nel 18 %. Nei soggetti con pressione arteriosa molto elevata (sistolica di 170 e oltre, diastolica di 100 e oltre), si ebbe una percentuale alquanto minore.

Il 28 % dei soggetti presentavano contemporaneamente 16 mgm. di azoto ureico o più ed un'escrezione dell'anilina di 40 % o meno.

Il 90 % dei casi con 16 mgm. di azoto ureico o più avevano un'escrezione di 40 % o meno.

Il 24 % avevano pressione superiore a 160 mm., azoto ureico inferiore a 15 mgm. ed escrezione di ftaleina superiore a 50.

Questi dati dimostrano che la pressione elevata del sangue non coincide necessariamente con una funzionalità renale depressa e che non la lascia prevedere, almeno come conseguenza inevitabile e prossima; che, però, la coesistenza è frequente; quindi negli ipertesi la nefrite, se non esiste, può sopravvenire con facilità relativa.

L'A. solleva anche la questione se la pressione arteriosa è conseguenza della insufficienza renale. Egli tende ad escluderlo, dal momento che la prima può esistere indipendentemente dalla seconda. È proclive piuttosto ad ammettere che l'alta pressione finisca, prima o poi, col turbare la funzione e ledere l'integrità dei reni.

L. V.

TERAPIA.

La tecnica delle irrigazioni nasali.

Gradenigo (*Riforma medica* 1918, n. 31) indica le norme essenziali per la tecnica delle irrigazioni nasali. Le irrigazioni si fanno con varie soluzioni medicate, non irritanti, preferibilmente tepide; molto utili possono riuscire le soluzioni semplici di cloruro di sodio o sale di cucina nella proporzione di circa dieci grammi di sale per litro di acqua. Tali irrigazioni servono ad allonanare dalle cavità nasali e retronasali il catarro troppo abbondante o tenace, talora rappreso in croste, oppure soltanto di esercitare un'azione medicamentosa sulla mucosa. A quest'ultimo scopo bastano 100 a 150 grammi di liquido. Poichè le predette cavità sono in comunicazione con altra cavità della faccia e coll'orecchio, si corre pericolo colle irrigazioni, ove non si seguano alcune cautele, di diffondere a queste ultime le malattie eventualmente esistenti nel naso: il pericolo è maggiore per l'orecchio: infatti non è raro il caso di otiti, anche gravi, determinate da lavacri nasali.

La pressione dell'acqua non sarà mai superiore a quella rappresentata da 6 a 20 centimetri di altezza tra il livello dell'acqua nel vaso e l'apertura nasale.

La direzione da darsi al getto dell'acqua sarà orizzontale, dall'avanti all'indietro, mai verso l'alto e la fronte. Durante il passaggio dell'acqua, la testa sarà mantenuta leggermente inclinata all'avanti.

L'acqua di lavacro deve entrare liberamente, da una narice ed uscire dall'altra ovvero scendere in gola: a tale scopo il soggetto può; a seconda che gli torna più facile, o trattenere il respiro, oppure continuare a respirare, tranquillamente dalla bocca, oppure ancora emettere continuamente un suono vocale *eee*, arrestando il deflusso del liquido nella ispirazione, ciascuna volta. Deve astenersi dal compiere atti di deglutizione.

Quando una delle due cavità nasali è molto più ristretta che l'altra — di ciò il soggetto stesso può rendersi conto prima della irrigazione col far passare l'aria separatamente dai due lati — l'acqua deve penetrare dalla parte della cavità più stretta. Se l'acqua non passa facilmente, il soggetto non ne sforzi il passaggio, ma rimetta il lavacro ad altra seduta.

Durante la irrigazione il soggetto deve non parlare, nè ridere, nè sbadigliare, nè inghiottire, ma prestare unicamente attenzione all'atto che sta compiendo. Nel caso l'acqua vada di traverso in gola, o sopravvengano sternuti o colpi di tosse, il passaggio del liquido sarà subito interrotto.

Dopo l'irrigazione il soggetto, inclinando ancora più la testa all'avanti, lascerà gocciolare per un paio di minuti l'acqua dalle cavità nasali; chiudendo poi col dito indice una narice per volta, soffierà fuori leggermente l'acqua residua.

In seguito, per ben prosciugare le cavità nasali, dovrà respirare ampiamente attraverso il naso a bocca chiusa, e, se d'inverno, evitare per qualche tempo di uscire all'aperto.

A causa del pericolo della penetrazione di acqua negli orecchi attraverso la tromba, il soggetto non si soffierà il naso dopo l'irrigazione almeno per un quarto d'ora. E sarà bene che si abitui sempre a soffiarsi il naso non nel modo consueto, ma chiudendo soltanto una delle narici per volta, soffiando attraverso l'altra nel fazzoletto.

Quando, malgrado le indicazioni sopra dette, le irrigazioni nasali sono accompagnate o seguite da dolori alla fronte o agli orecchi o da aumentato e persistente senso di chiusura del naso, vuol dire che esse sono mal tollerate e devono venire abbandonate.

a. a.

Il gargarismo faringo-nasale.

La disinfezione della bocca e del rino-faringe assume ogni giorno maggiore importanza nella cura delle malattie infettive, per la profilassi individuale ed anche per il trattamento dei casi detti portatori di germi di infezione che si localizzano nelle vie respiratorie superiori o si contraggono attraverso queste.

Al riguardo sono indicati i gargarismi, le irrigazioni nasali come l'applicazione di polveri e di pomate. Valzer (*Journal des praticiens*) trova più efficace il gargarismo faringo-nasale che può essere praticato sia come profilattico, sia come curativo. Il gargarismo faringo-nasale si pratica nel seguente modo. Innanzi tutto si pratica accuratamente il lavaggio della bocca e quindi il gargarismo abituale; quindi si ripete il gargarismo faringeo con una buona quantità di liquido tenendo il capo inclinato indietro.

Ad un dato momento si solleva la base della lingua e si dirige l'atto espiratorio non più verso il cavo orale, ma verso il naso, cosicchè il liquido passi al disopra del vero-pendolo. Dopo s'inchina la testa in avanti, e il liquido allora fuoriesce per le narici, il che rende possibile lavare le cavità nasali da dietro in avanti come consigliano vari autori.

Ma per ben praticare il gargarismo faringo-nasale importa prolungare la espirazione pel naso dolcemente, in modo tale da far gorgogliare il liquido quanto più è possibile, senza farlo passare nella porzione anteriore nasale. Quando si sente di non poter più sostenere l'espirazione per la via del naso, si espira per la via della bocca, così da dar termine alla operazione col gargarismo faringeo, cacciando il liquido gargarizzato. Insomma il gargarismo faringo-nasale è preceduto e termina col gargarismo faringeo classico.

Non è dubbio che le prime prove possono facilmente essere accompagnate da spasmo e da penetrazione del liquido nella laringe; ma si tratta di un inconveniente, che va scomparendo man mano con la educazione del faringe; e non deve far rinunziare ad un metodo di disinfezione così efficace.

Il gorgoglio dell'aria e del liquido nel cavo faringeo è specialmente vantaggioso per rammollire e staccare le mucosità facendo penetrare il liquido nelle anfrattuosità. La penetrazione del liquido nella tromba di Eustachio non si avrebbe mai.

Le soluzioni le più raccomandate sono quelle di bicarbonato di soda, o di borato di soda al 20 per 1000, o di cloruro di sodio al 10 per 1000, o di clorato di potassa, o di acido borico al 20 per 1000. Si può anche usare il gargarismo all'acqua ossigenata, ovvero col liquore di Labarraque ponendone un cucchiaino in un bicchiere di acqua

tiepida. Il permanganato di potassa agisce benissimo, ma si deve usare a dosi tenuissime. Si possono anche consigliare soluzioni di acido tannico, acido salicidico, acido fenico, ecc. I deboli antisettici convengono per la profilassi; gli antisettici più forti per la disinfezione del cavo naso-faringeo già sede di processi infiammativi. Le soluzioni devono essere sempre dosate in guisa tale che ingoiandole non producano inconvenienti di sorta. Dopo l'uso di queste varie soluzioni, bisogna fare leggieri espirazioni col naso senza punto soffiarsi, e ciò a scopo che la soluzione antisettica rimanga per qualche tempo in contatto delle mucose. Generalmente al gargarismo faringo-nasale segue un senso di calma e di benessere nelle parti ammalate. Questa specie di gargarismo dà eccellenti risultati nella cura del catarro rino-faringeo cronico; libera la mucosa staccando le mucosità aderenti che si producono facilmente in questa penosa affezione. *a. a.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1049) *Anestesia locale nella circoncisione.* — All'abb. n. 10,256, Lesina (Foggia):

Nelle plastiche, in generale, ed in tutte quelle operazioni chirurgiche, che richiedono speciale delicatezza, non è consigliabile l'anestesia locale, basata sul perfrigeramento dei tessuti, comunque ottenuto. L'evaporazione del cloruro d'etile, cui Ella si riferisce, come tutte le sostanze analoghe, produce una rapida e violenta ischemia della cute sulla quale, contemporaneamente, si deposita uno straterello più o meno denso di ghiaccio. La pelle, in queste condizioni, nelle quali soltanto si ha l'analgesia, diviene così dura e coriacea, che non è facile guidarvi il tagliente, con quella precisione e delicatezza, che sono indispensabili.

Per la sezione o resezione del prepuzio, l'uso delle iniezioni locali, anestetiche, è da preferirsi: se la puntura sarà fatta con un ago sottilissimo, dopo le prime goccie, l'operazione diverrà assolutamente indolore. La lieve imbibizione dei tessuti non turba la precisione delle incisioni e della sutura. L'anestetico, al quale, oggi, suol darsi la preferenza, è la soluzione di *stovaina* 1-2 %, in liquido fisiologico, con la aggiunta di qualche goccia di adrenalina, al millesimo.

La sutura deve esser *sempre fatta* e *con esattezza,* per evitare cicatrici retratte, fastidiose e pericolose. È ugualmente necessario eseguire l'emostasi, per la quale spesso basta la sola sutura; è buona norma non fidarsi mai di emostatici più o meno fallaci, qualunque sia la loro marca di fabbrica.

T. FERRETTI.

(1050) *Sulla trasfusione di sangue.* — Al dottor Luigi D'Orazio, Villalago (Aquila):

I comuni apparecchi da ipodermoclisi possono servire a fare trasfusioni di sangue addizionato con citrato sodico.

A un litro di soluzione fisiologica si aggiungono sei grammi di citrato sodico: il liquido anticoagulante è preparato.

Una porzione di esso si versa nell'apparecchio da ipodermoclisi nel quale si raccoglie il sangue del donatore. Non vi sarà pericolo che il sangue coaguli fino a che esso non supererà il volume del liquido.

Prima di fare l'iniezione nelle vene del ricevente, agitare il miscuglio.

Nelle setticemie la trasfusione di sangue può essere un rimedio sintomatico da tentare.

G. EGIDI.

(1051) *Sul valore del neosalvarsan.* — All'abb. n. 1517:

Al neo-salvarsan si attribuiscono sopratutto proprietà riparatrici e cicatrizzanti, onde il suo uso è maggiormente indicato nelle forme cutanee e mucose a tipo erosivo od ulcerato. Esso però non preserva da recidive.

Molti l'adoperano all'inizio dell'infezione allo scopo di attenuare il decorso della malattia: peraltro la cura con i preparati mercuriali e jodici con i sistemi attualmente in uso è in ogni caso indispensabile.

Quando i reni sono sani e non vi siano lesioni del cuore e del sistema nervoso, oppure alterazioni oculari ed auricolari, si può adoperarlo senza tema d'inconvenienti gravi, salvo qualche accidente locale (flebiti ecc.). Un solo ciclo d'iniezioni endovenose non basta ed è opportuno ripeterle di tempo in tempo tenendo conto della gravità della malattia e della tolleranza del malato.

V. MONTESANO.

(1052) *L'olio canforato al guaiacolo nell'influenza.* — Al dott. G. D. H. da A. C., abbonato n. 5421:

Le dosi di olio canforato al guaiacolo, usate e proposte dal dott. Bassoni nella cura della influenza semplice e complicata sono (vedi Sez. Pratica del « Policlinico », n. 6):

Pr.	Olio oliva	cmc.	2
	Canfora rasa . . .	cgr.	20
	Guaiacolo puro . .	»	10

Filtra - Per 1 fiala sterile per iniezioni ipodermiche.

Tali f. n. . . . X.

Da usarne due al giorno: una nel mattino verso le ore 9-10; l'altra nel pomeriggio verso le ore 16-17.

Desiderando la soluzione in flacone si scrive:

Pr.	Olio oliva	gr.	30
	Canfora rasa	»	3
	Guaiacolo puro . . .	»	1 $^1/_2$

Filtra - Dà in boccetta a collo largo per iniezioni ipodermiche.

Di questa soluzione si iniettano 2 cmc. al mattino e 2 cmc. nel pomeriggio.

Per i bambini si usa la metà delle dosi indicate per adulti e quindi $^1/_2$ fiala una o due volte al giorno, oppure 1 cmc. di soluzione una o due volte al giorno.

Per errore di stampa, sfuggito alla correzione, sulla relazione venne scritto nell' ultima parte delle conclusioni:

« Le iniezioni di olio canforato al 10 % (2 cmc.) con soli 10 cmc. di guaiacolo ».

Si doveva invece stampare:

« Le iniezioni di olio canforato al 10 % (2 cmc.) con soli 10 cgr. di guaiacolo ».

La soluzione si sterilizza tenendola per 20 minuti primi in acqua a 100°. B.

(1053) *Per favorire lo sviluppo delle ghiandole mammarie.* — Al dott. C. da C.:

Riteniamo che l'unico mezzo che abbia probabilità di successo sia l'opoterapia. Si potrebbe usare la ghiandola mammaria, che secondo alcuni darebbe ottimi risultati, ovvero i diversi preparati derivanti dall' ovaja, in considerazione dei rapporti strettissimi che intercorrono fra ovaja e ghiandola mammaria. Sperimentalmente si è ottenuto proliferazione di quest'ultima con l'estratto ovarico, mentre sarebbe inattivo l'estratto di corpo luteo. I risultati variano però secondo la specie animale; ad ogni modo, i tentativi di applicazione alla donna, sono inoffensivi e possono, se continuati abbastanza a lungo, divenire efficaci.

I. P.

(1054) *Nevrastenia sessuale.* — All'abb. n. 9901:

È nostra norma dare parere solo su quistioni generiche. Il quesito da lei proposto riguarda un caso clinico particolare ed un giudizio al riguardo non potrebbe darsi senza l'esame del paziente. Comunque è probabile che il suo malato potrà avere vantaggio da una cura ricostituente e da abitudini sessuali regolari. DR.

(1055) Al Dott. L. P. da L.: Il vaccino-stilo adoperato per un individuo sifilitico, anche senza manifestazioni in atto, può trasmettere la sifilide ad un individuo sano.

L'alcool denaturato è un discreto disinfettante, ma non offre le garanzie assolute della sterilizzazione a mezzo del calore (bollitura).

V. M.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

PIGNATTI AUGUSTO. *Studio sull'enteroanastomosi.* — Un vol. in-8, di oltre 250 pagine con 8 tavole e figure. Stab. Tip. Emiliano, Bologna.

L'A. non attribuisce all'enteroanastomosi il significato puro e semplice di un'apertura fra due anse, ma la considera in senso assai più lato, in rapporto ai varî e molteplici procedimenti, che mirano a ristabilire il circolo intestinale, sia nella continuità che nelle interruzioni del tubo enterico.

In tal modo, lo studio viene allargato corrispondentemente alla vastità del campo di applicazione delle anastomosi, a cui si ricollegano gran parte degli interventi, che si eseguiscono sull'intestino.

Il perno del problema però consiste nel modo di riunione delle ferite intestinali, e nei processi di riparazione delle ferite stesse. A tale studio è dedicata la prima parte del lavoro, mentre la seconda riguarda l'anastomosi propriamente detta, sia nella continuità dell'intestino, sia nelle interruzioni della continuità, sia nelle esclusioni intestinali.

Alle considerazioni critiche di ogni capitolo seguono numerose ricerche personali, che illustrano e sviscerano la questione nei suoi punti principali.

ini.

AVONI ALDO. *Sull'ernia perineale.* — Un vol. in-8, di circa 80 pag. Stabilimenti Tipografici Riuniti Bologna. Prezzo L. 4.

Di questa varietà di ernia, tanto rara che in un periodo di duecento anni, i casi veramente accertati superano di poco la cinquantina, l'A., dopo i necessarî ricordi anatomici, descrive la sintomatologia e la terapia. Riporta poi la casistica fin qui nota, a cui aggiunge un'osservazione personale, fatta nella Sezione chirurgica diretta dal prof. Monari.

ini.

ORTALI ORESTE. *Chirurgia di guerra.* — Un vol. in-8, di 179 pag. con figure. Tip. editr. Degli Olmi. Scansano.

L'A. ha esplicato il suo lavoro in unità sanitarie avanzate, dapprima in ospedaletti da campo, poi in un'ambulanza chirurgica diretta dal prof. Giannettasio. Questa sua pregevole pubblicazione, in cui illustra le ferite delle diverse regioni, è frutto della pratica diuturna, intensamente continuata per lungo tempo, e le considerazioni di indole generale, che precedono ogni capitolo, sono fondate ed avvalorate dalla nume-

rosa casistica, che viene riportata e che comprende quasi 300 osservazioni cliniche.

I. P.

HARTMANN H. *Les plaies de guerre et leurs complications immédiates.* — Un vol. in-8, di 200 pag. con 58 fig. Masson e C.i ed. Parigi. Prezzo L. 8.

In queste diciotto lezioni, fatte all'Hôtel-Dieu, l'A. ci dà un'idea chiara di ciò che è oggi la chirurgia di guerra. Vi sono riassunte le opinioni emesse durante le discussioni nelle principali società scientifiche francesi. I diversi capitoli speciali riguardano, oltre alle infezioni, allo shock, agli apparecchi, le ferite delle ossa delle articolazioni, delle diverse regioni, le congelazioni, ecc.

Redatte in forma chiara e concisa, queste lezioni potranno essere utilmente consultate da quanti sono chiamati a soccorrere i feriti.

I. P.

VARIA.

Biologia amena. — Nella rivista « Eugenica » si legge che per commemorare l'anniversario della morte di Galton, la Società Eugenica in una delle sue ultime sedute ha discusso questo argomento: « Soldati e marinai mutilati e l'avvenire della Razza ». Dato che i soldati sopravvissuti alla guerra, e sovratutto i mutilati, devono possedere delle qualità innate superiori alla media, qualità che possono essere trasmesse per eredità alle generazioni future, la Società Eugenica decide di iniziare un'azione di propaganda perchè lo Stato offra con aiuti finanziari, ai mutilati e ai veterani della guerra, che non abbiano lesioni negli organi vitali, la possibilità di creare famiglie numerose. (Dalla *Rassegna delle Scienze Biologiche,* 1919, n. 2).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

PERONDI GIULIANO: A proposito della morte inaspettata nelle gravide albuminuriche. — Milano, 1918.

PARCELLI RODOLFO: Di un caso di nevrastenia sessuale da localizzazioni gonococciche latenti dell'uretra posteriore. — Napoli, 1917.

ROUSSY G., BOISSEAU J. et D'OELSNITZ M.: Les acro-contractures, les acro-paralysies. Leur nature, leur traitement. Mains figées et pied bots varus psychonévrosiques. Leur nature, leur traitement. — Paris, 1917.

SALMON ALBERTO: Paralisi di Landry a forma poliomielitica in soggetto sifilitico. — Firenze, 1918.

BONOLA F.: Le vertigini voltaiche negli epilettici. — Firenze, 1917.

CANTIERI COLLATINO: Sintomi e diagnosi di emorragia cerebellare. — Napoli, 1917.

LO MONACO D.: L'azione degli zuccheri sulla secrezione bronchiale. — Roma, 1918.

SOLARI EMILIO F.: Primer caso de micetoma o pie de Madura observado en Rosario de Santa Fè. — Buenos Aires, 1917.

GRAZZI VITTORIO: Importanza delle cure inalatorie nelle malattie delle vie del respiro con le acque di Montecatini. — Pistoia, 1917.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il premio di smobilitazione per gli ufficiali medici della Croce Rossa.

La Presidenza della Croce Rossa ha inviato ai Comtiati regionali la seguente circolare:

« Ad evitare sollecitazioni da parte degli interessanti, le quali si risolvono in perdita di tempo per corrispondenze superflue, prego la S. V. compiacersi di informare gli ufficiali in congedo, che presentano domanda per ottenere l'indennità per termine di servizio, che la autorizzazione pel pagamento di essa non potrà essere data se prima non siano stati fatti i necessari accertamenti, specie per coloro che hanno avuto funzioni direttive ed amministrative per stabilire se detti ufficiali hanno o meno debiti verso l'Associazione.

« Poichè tale accertamento richiede un'accurata revisione della contabilità degli stabilimenti ove sono stati in forza i singoli ufficiali, ne consegue un lieve inevitabile ritardo nella liquidazione della indennità di cui trattasi ».

Tale disposizione ha sollevato numerose proteste da parte degli interessati. Abbiamo ricevuto numerose lettere da parte di colleghi che reclàmano l'interessamento della stampa periodica e delle associazioni professionali perchè sia prontamente abrogata una disposizione vessatoria, con la quale si contravviene a tassative disposizioni di legge.

È davvero strano che una associazione di soccorso, tolga ai suoi dipendenti l'aiuto che opinione pubblica e Governo unanimi hanno votato a favore di chi dal servizio di guerra torna a raccogliere penosamente i fili dispersi della propria posizione professionale; è strano che si sia potuto emanare un'ordinanza, la quale è nello stesso tempo un atto antigiuridico, un sopruso a danno di centinaia di medici; è inverosimile che si sia potuto così legermente compiere un atto aperto di rivolta contro lo spirito e la lettera di una provvida legge.

Chi ha pratica delle lentezze burocratiche, inconveniente cui purtroppo la Croce Rossa non si sottrae, può prevedere quando saranno ultimati i lavori di revisione, epperò quando gli ufficiali medici in quistione potranno esigere le indennità, che dovrebbero essere loro corrisposte per far fronte agli immediati bisogni derivanti dal ritorno alla vita civile. Se si pensa che il Governo con l'indennità di congedo non ha certo inteso risarcire il danno sofferto da professionisti, che con l'assenza di anni hanno perduto il frutto di una carriera faticosamente avviata e dovranno ora rifarsi daccapo, ma tutt'al più ha cercato di fornire i mezzi per far fronte alle immediate esigenze della vita, tanto più gravi per chi avendo famiglia non ha certo realizzato economie nel periodo di mobilitazione, si può agevolmente immaginare con quali espressioni di riconoscenza venga accolta dagli interessati questa oculata interpretazione data dalla C. R. allo spirito del provvedimento governativo.

Prescindendo dal fatto che per semplicità la lodata disposizione viene provvisoriamente applicata anche ad ufficiali che non si sono mai trovati nel caso di assumere le deprecate responsabilità, e persino a questi ufficiali che la C. R. ha sin da principio della guerra ceduto alla Sanità Militare, che perciò non hanno avuto rapporti di sorta con la C. R., è evidente che anche per coloro che hanno avuto l'onore non sollecitato di queste responsabilità, per cui sono ora dei giudicabili, il provvedimento, nonchè poco paterno, appare anche arbitrario e poco fondato in diritto: se ha valore infatti il criterio d'analogia fra materia contrattuale ed amministrativa, non si sa come ammettere questa specie di sequestro conservativo praticato dalla C. R. su un compenso fissato per legge, quindi liquido ed esigibile, per garantirsi un credito ipotetico e materia di contestazione.

Non vogliamo farci eco di tutte le parole di risentimento più o meno vivaci che i medici colpiti dall'ingiusta disposizone adoperano per esprimere la loro indignazione, ma non possiamo fare a meno di trovare giuste le loro lamentele, e di unire la nostra voce alla loro perchè il provvedimento sia al più presto revocato. Crediamo anzi che il Governo, che non è estraneo al finanziamento della Croce Rossa, possa e debba intervenire imponendo il rispetto della legge. Non è lecito che una associazione, la quale in tempo di guerra ha imposto ai suoi dipendenti gli stessi obblighi fatti agli altri militari, possa per un malinteso spirito di fiscalismo sottrarsi alla legge comune. Non potrebbe infatti spiegarsi come e perchè gli ufficiali medici della Croce Rossa, che per tanti effetti si sono trovati in condizioni di inferiorità di fronte ai loro colleghi della Sanità militare, debbano anche all'atto della smobilitazione essere trattati differentemente. Le condizioni che hanno suggerito al Governo l'equo provvedimento del premio di smobilitazione, non sussistono anche per gli ufficiali medici della Croce Rossa? Sono stati forse essi durante il servizio compensati in modo che possano fare

a meno dell'aiuto che è stato riconosciuto necessario per gli altri?

Vogliamo esprimere ancora la fiducia che la disposizione sia revocata; si farà così giustizia e si elimineranno alcune delle cause di rancore che la maggioranza degli ufficiali medici, costretti a prestare servizio presso la Croce Rossa, dimostra di avere verso la Direzione di questa Associazione.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei medici della Provincia di Roma.

Il Consiglio amministrativo dell'Ordine nella sua ultima seduta ha votato il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio, preocupato nell'interesse della pubblica salute, dello smercio di una quantità di specifici che quotidianamente — anche da medici — vengono accreditati sui giornali politici come atti a guarire ogni specie di infezione e specialmente decantati per la cura della tubercolosi, della sifilide, dell'influenza e di altre infermità, si ritiene in dovere di mettere in guardia il pubblico contro questi metodi che hanno solamente uno scopo commerciale poco scrupoloso e di richiamare sul grave abuso la attenzione ed i provvedimenti delle autorità sanitarie competenti, affinchè sia rigorosamente vietata la *réclame* e la vendita di quei rimedi che non abbiano avuto un serio controllo clinico e sperimentale ».

Facciamo plauso alla coraggiosa iniziativa dell'Ordine dei medici di Roma e ci riserviamo di tornare sull'importante argomento.

Unione Nazionale dei Medici Italiani.

Il Consiglio della Sezione milanese ha pubblicato una circolare che riassumiamo:

« *Interpelliamo i Colleghi.*

« Dalle numerose corrispondenze di colleghi dell'Unione finora ricevute, risulta che i lavori più urgenti, che i medici italiani dell'Unione dovrebbero porsi davanti, sarebbero i seguenti:

1° Incitamento all'appoggio della produzione nazionale nel campo dei medicamenti e di tutti i sussidi terapeutici dei quali si possono affermare la serietà e l'efficacia.

2° Incitamento allo studio e all'appoggio del nostro vasto patrimonio idrobalneologico e climatologico con speciale riguardo a quello preziosissimo dei paesi redenti.

3° Come già nel periodo del durante guerra, ora per vieppiù consolidare i vincoli di collaborazione col corpo magistrale ai fini dell'educazione e dell'elevazione delle masse, la collaborazione del medico e del maestro, l'aiuto reciproco e l'affiatamento continuo nei grandi e nei piccoli centri deve essere stabilito in modo organico e fattivo.

4° Riforma universitaria nel senso che si introducano delle modificazioni o si stabiliscano delle aggiunte nell'insegnamento agli studenti, per cui del giovane si faccia non solo il medico tecnicamente competente, ma anche e, forse sopratutto, il più devoto cittadino agli interessi pubblici e l'uomo di specchiata moralità pubblica e privata. Inoltre, affermazione con esempii pratici continuativi nelle Università dell'importanza della storia della medicina per la formazione della nuova e più alta coscienza del medico italiano.

5° Opera per una vasta azione contro le malattie sociali (tubercolosi, tracoma, malaria, sifilide, alcoolismo, ecc.), contro le malattie professionali, per l'alimentazione e l'abitazione delle classi lavoratrici, per la tutela dell'infanzia operaia, per la tutela della maternità e dell'infante in genere, ecc. Vasto campo nel quale l'opera nostra si metterà a contatto con indirizzi e tendenze anche politici ai quali noi potremo dare il potente ausilio della nostra sanzione (otto ore di lavoro, sabato inglese, ecc.).

6° Incitamento all'appoggio di tutte le iniziative che hanno per iscopo l'affermazione della italianità. — Esempio: la «Dante Alighieri», ecc.

7° Mettersi in relazione per fini professionali, colturali e nazionali coi medici esercenti tra vasti gruppi di italiani residenti all'estero (New York, Alessandria d'Egitto, Buenos Ayres, S. Paolo del Brasile, ecc.).

8° Promuovere e favorire tutte quelle iniziative che mirano all'irrobustimento della razza, tutti gli *sports* in genere. Fare nostra la divisa degli *uoeini* milanesi (unione operaia escursionisti): « per il monte e contro l'alcool » e, aggiungiamo noi, contro la pornografia e le malattie veneree.

9° Collaborare cogli Enti di cultura popolare e promuoverne la costituzione (tipo Università Popolare) sopratutto nei piccoli centri.

10° Propaganda ed incitamento per le iniziative favorevoli dal punto di vista igienico ed economico alla Nazione: cultura agricola intensiva, piante medicinali, rimboschimenti, piscicoltura, ecc., nelle quali il consiglio e l'opera del medico condotto, sopratutto, può riuscire efficacissima.

« Noi incitiamo i colleghi a voler esaminare questi punti, esporre in merito le loro vedute circa la via da tenere per la soluzione pratica, aggiungere altri indirizzi rispondenti agli scopi che guidano l'Unione ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7639) *Medico militare in servizio civile.* — Dott. Z. Z.: Deve esercitare quella condotta o parte di essa che esercitava il collega quando andò sotto le armi. Stando a quanto dice nel quesito non si tratta di congedo ma bensì di avvicendamento, e, perciò, seguita sempre, anche esercitando il servizio civile, alla dipendenza della autorità militare. Per la medesima ragione non può chiedere aumento di stipendio perchè questo è ora commisurato a quello militare con l'aumento, se è dovuta, della differenza a carico del Comune, fra lo stipendio civile e quello militare. A Lei compete la indennità di congedamento commisurata al grado che riveste all'atto del licenziamento da sotto le armi. Si rivolga, per ottenerla al Distretto militare da cui dipende.

Se per capitolato ha l'obbligo della cavalcatura, deve tenerla non essendo possibile, a rigore di termini, ammettere che si possa diversamente provvedere al servizio.

(7640) *Cassa di previdenza dei medici condotti.* — Dott. C. A. G. da P. P. M.: Se Ella ha aderito alla Cassa di previdenza anteriormente al dicembre 1909 può riscattare quindici anni di servizio purchè prestati anteriormente al 1° gennaio 1899. Altri anni di servizio non sono ammessi a riscatto.

(7641) *Pensioni.* — Dott. D. C. da A. P.: Tutti gli anni di servizio prestati, si riallacciano agli effetti della pensione, quando anche fra di loro vi sia interruzione.

(7642) *Licenza di convalescenza.* — Dott. S. D. P. da C.: Durante la licenza di convalescenza non si hanno assegni militari e perciò crediamo che nulla si opponga a che Ella, nel frattempo e compatibilmente alle sue condizioni di salute, disimpegni servizio nella propria condotta.

(7644) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi. - Dimissioni. - Pensioni.* — Dott. B. G. da M. (1878): Ai medici condotti chiamati sotto le armi competono due mesi di stipendio intero ai termini dello articolo 1 del D. L. 31 agosto 1915, n. 1420 che richiama l'articolo 20 del testo unico 22 novembre 1908, n. 693.

Allorchè nel capitolato non è prestabilita speciale modalità di termini per la presentazione delle dimissioni dalla carica di medico condotto, queste si possono presentare unicamente alla scadenza della convenzione in corso, od anche prima con la acquiescenza del Comune il quale deve pronunziarsi in merito ed accettarle. Lasciando una condotta per esercitarne, dopo una certa interruzione, un altra, non si perdono i diritti acquisiti per la pensione, ma si perde solamente il periodo di tempo che è durata la sospensione.

(7645) *Ufficiale medico comandato in servizio civile.* — Dott. P. L. da O.: L'ufficiale medico che è inviato in servizio civile ha l'obbligo di disimpegnare la condotta pei soli poveri se così la esercitava il suo predecessore inviato sotto le armi. Ma se la condotta era estesa alla generalità degli abitanti eguale obbligo gli incombe, senza poter richiedere speciale compenso dagli abbienti.

(7646) *Pensioni - Infermità contratta in servizio od a causa del medesimo.* — Dott. L. T. da S.: Per dimostrare che la infermità fu contratta in servizio od a causa del medesimo agli effetti della pensione, occorre esibire, oltre ad altri documenti di rito, un certificato medico da rilasciarsi a sue spese su richiesta dell'ufficio sanitario provinciale in seguito a visita collegiale presieduta dal medico provinciale con l'intervento di due medici militari in attività di servizio. In tale certificato deve essere descritta specificatamente l'indole della malattia le cause che la produssero e le conseguenze che ne derivarono; e deve esservi esplicitamente dichiarato se a loro giudizio, in conseguenza di tale infermità, il sanitario sia o meno divenuto inabile a prestare ulteriore servizio. Dal Comune non può pretendere nè pensione nè indennizzo, perchè, nel caso fosse la malattia riconosciuta come contratta in servizio, può ottenere le pensione privilegiata dalla Cassa di previdenza pei medici condotti, cui certamente sarà inscritto.

(7647) *Medici assimilati.* — Dott. A. T. da S.: Il medico assimilato che rimane nella propria residenza può continuare l'esercizio della condotta di cui è titolare sempre che ciò sia compatibile con gli impegni che ha assunto verso l'amministrazione militare. Se i due servizii sono conciliabili nulla osta che percepisca entrambi i prestabiliti compensi. Se, però, per effetto del servizio militare non possa completamente accudire alla condotta, spetta alla amministrazione comunale sopperire alla deficienza corrispondendo in proporzione, minore stipendio al suo dipendente.

(7648) *Aumento di stipendio. - Diniego di approvazione da parte della G. P. A.* — Dott. D. G. da A.: Il suo ragionamento è giustissimo. La G. P. A. non avrebbe potuto respingere senza approvazione la deliberazione consiliare solamente perchè si aumentava lo stipendio al medico condotto e non agli altri impiegati. La Giunta P. A. non può sostituirsi al Comune nei deliberati sottoposti al suo esame nè prendere provvedimenti diversi da quelli votati dal Comune, ma

deve limitare il suo esame a ciò che è stato approvato dal Consiglio comunale.

Però contro le decisioni della G. P. A. adottate, come quella in esame, in sede di tutela, l'interessato non ha diritto a ricorrere, ma bensì solo il Consiglio comunale od il Prefetto ai termini dello articolo 222 della legge comunale approvata con R. Decreto del 4 febbraio 1915, n. 148. Per tale ricorso non è prestabilito alcun termine.

(7649) *Aumento di stipendio. - Indennità cavalcatura. - Caro viveri.* — Dott. C. B. da C.: L'indennità di cavalcatura è soggetta alla tassa di R. M., così come lo stipendio. La detta indennità non deve essere calcolata per stabilire il massimo di stipendio che dà diritto alla indennità caro-viveri. E ciò perchè essa non è stipendio, nè si congloba con questo, ma bensì una indennità che si corrisponde per un determinato mezzo onde meglio adempiere al servizio dei poveri. Potrebbe ottenere lo aumento anche pel servizio della seconda condotta sempre quando essa sia priva di titolare e non già se questi trovasi temporaneamente assente perchè sotto le armi, e sempre quando Le sia stato assegnato dal Comune per tale servizio un vero e proprio stipendio e non una semplice indennità.

(7650) *Pensioni. - Medici anziani.* — Dott. I. F. da N.: Ella può profittare della legge sulle pensioni dei medici anziani e, cioè, dell'articolo 42 del vigente testo unico sulle pensioni. Dovrà rimanere inscritto alla cassa almeno un quinquennio e pagare in tale periodo di tempo, oltre il contributo consueto, il capitale corrispondente ai complessivi contributi di cui agli articoli 5 e 6 della stessa legge, oltre le quote mutue ed i relativi interessi composti, cioè una somma che si aggira fra le 4 o 5 mila lire. In tal caso riscatta 15 anni di servizio anteriormente prestato, liquidando in totale la pensione di annue L. 1055.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. 1371:

Per gli ufficiali assimilati non è ancora stata stabilita, all'atto del congedamento, alcuna indennità o compenso.

Il suo servizio, pur essendo militare, non può considerarsi un servizio di guerra: per tale ragione probabilmente non sarà stato esentato dal contributo di guerra.

All'abb. n. 8999:

Ella ha diritto a tutte le competenze del grado e quindi anche al caro-viveri.

Se ciò gli viene contestato, presenti reclamo al Ministero della guerra.

Al dott. V. V. da P.:

A norma delle ultime disposizioni pubblicate sul *Giornale Militare* Ella deve rivolgere la domanda delle indennità che Le spettano, alla Direzione dell'Ospedale Militare dipendente dalla Direzione di Sanità che lo ha mobilitato.

M. G.

Al dott. P. R. da M.:

Gli esami per medici di bordo non sono stati ancora ripristinati. Per informazioni al riguardo, come per programmi, occorre rivolgersi al Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica).

r.

Appello alla pietà delle famiglie dei medici.

Sottoscrizione per una giovanetta orfana di un medico:

Riporto (come dal precedente fasc. 10)	L.	750
Dott. N. N. (Castellammare di Stabia)	»	5
Signora Anita Cristini Marcer (San Vendemiano)	»	5
Sigg. Mariuccia e Luisa Trovati (Cura Carpignano)	»	10
Dottor Luigi Todesco (Genova)	»	5
Dott. M. P. (Montefiore dell'Aso)	»	20
Dott. Pio Molinari (Brescia)	»	5
Dottor Carlo Galassi (Pavia)	»	5
Sigg.e Pierina e Teresina Risi (Scrofiano)	»	10
Sigg.e Walda e Ades Migliorati (Iseo)	»	10
Dott. Andrea Gaito (Prato di Toscana)	»	5
Signora Valeria Grosso (Genova)	»	5
Signora Giulia Arbore (Pitigliano)	»	5
Signorina Camilina Bezzio (Sizzano)	»	5
Signora Adalgisa Ambrosi Pasqualini (Savigno)	»	5
Signora Sofia Tioli Modena (Mirandola)	»	10
Signora Caterina Fonti Cavaliere (Cittanova)	»	15
Dott.ssa Clelia Lollini (Roma)	»	5
Dott. Francesco Scioli (Monteroduni)	»	5
Signora Elettra Donati (Roma)	»	10
Signora Clelia Zilioli (Gandino)	»	10
Signora Anna Coccia (Trevi d'Umbria)	»	5
Signora Caterina Gallina (Montecilfone)	»	5
Dott. Vincenzo Ruggieri (Montecompatri)	»	5
Dott. Giuseppe Agnese (Bormida)	»	5
Prof. Mariano Rispoli (Anacapri)	»	25
Dal prof. Alberto Rovighi di Bologna (*in memoria dell'illustre e carissimo amico prof. Eugenio Rossoni*)	»	15
A riportare	L.	965

Dalla sorella della beneficata riceviamo la seguente lettera:

. . . .

« La generosità con cui tanti medici rispondono all'appello, aumenta nell'animo nostro il sentimento di gratitudine verso la benemerita classe dei sanitari, che fin da bambine, è venuta in nostro aiuto, facendoci sentire meno crudelmente la nostra tremenda sventura; oggi che nuovi dolori ci colpiscono attingiamo forza per sopportarli, da questa nuova prova di fraterna solidarietà che ci viene offerta e che mai dimenticheremo.

Con animo commosso e con profonda stima, ossequio.

Gioiella, 8 marzo 1919.

Dev.ma: *Albertini Albertina.*

COLTURA SUPERIORE.

Le proposte per la Riforma Universitaria.

Il Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione ha riconosciuto molto opportuno il proposito del Ministro di affrontare la questione della riforma universitaria a gradi e per parti, perchè solo con tale metodo si può sperare di portare in porto qualche riforma.

Le proposte deliberate dal Consiglio, nella sua recente tornata, delle quali siamo in grado di offrire notizia d'ottima fonte, rispondono ad altrettanti quesiti posti dal Ministero: riassumiamo i punti principali comuni e quelli particolarmente riguardanti la medicina.

Ritenuto che non abbia più ragion d'essere la distinzione tra i ruoli delle materie fondamentali e delle materie complementari, si propone un ruolo unico: solo per la promozione di professori di materie facoltative, devesi dare vigore all'art. 23 del Testo Unico della legge sull'istruzione superiore, ponendo il problema se si tratti di cattedra importante e se meriti di essere coperta con un ordinario a preferenza di altre.

Visto il grande numero di cattedre vacanti e l'opportunità di evitare il soverchio frazionamento delle cattedre, si propone di ridurre il numero dei posti di ordinario e straordinario, dividendoli in tanti ruoli unici quante sono le facoltà: ruolo di medicina, di giurisprudenza, di lettere, di scienze, di ingegneria.

Non si fanno distinzioni tra università di primo e di secondo ordine; anzi, ad impedire che le università minori siano troppo facilmente orbate di titolari, si stabilisce che ogni facoltà abbia sempre non meno di dieci posti coperti dai titolari.

Si rendono obbligatorie le esercitazioni pratiche per tutte le materie e si fissa un compenso per dette esercitazioni.

A facilitare tale nuovo compito richiedesi che sia assicurato un buon personale assistente, cui debbono essere fatte condizioni di vita meno indecorose delle attuali. Sulla questione urgente dei miglioramenti da concedersi in via immediata agli assistenti, il Consiglio ha votato un particolare ordine del giorno.

Per gli assistenti anziani di materie scientifiche, che non sempre possono arrivare alla cattedra universitaria, si propone di istituire la nuova figura di *professore aggiunto*, che sarebbe un incaricato di materia complementare con diritto a pensione.

In particolare per la medicina, il Consiglio ha fatto delle proposte che mirano a trasformare la Facoltà in una vera e propria Scuola di applicazione medico-chirurgica-igienica.

Mediante la trasformazione dei corsi preparatori in insegnamenti speciali indirizzati ai fini della Facoltà, si propone di ridurre a cinque gli anni di corso per la laurea in medicina.

Le discipline indispensabili sarebbero le seguenti:

I ANNO. — Fisica speciale per medici.

Chimica speciale per medici.

Botanica medica, un semestre; Zoologia medica, un semestre, con speciale riguardo alla parassitologia.

Anatomia umana compresa Istologia ed Embrologia.

Fisiologia.

II ANNO. — Anatomia.

Fisiologia.

Chimica biologica, da affidarsi per incarico ad un docente in chimica che abbia anche una laurea in medicina o in scienze biologiche.

Farmacologia compresa la Tossicologia.

Patologia generale compresa la Parassitologia e la Sierologia.

III ANNO. — Anatomia topografica.

Medicina operatoria.

Propedeutica e Semeiotica medica.

Propedeutica e Semeiotica chirurgica.

Anatomia ed Istologia patologica compresa la tecnica delle autopsie.

IV ANNO. — Anatomia ed Istologia patologica compresa la diagnostica anatomo-patologica.

Igiene e Sanità pubblica compresa la Bacteriologia e la Bromatologia applicata all'Igiene.

Clinica medica.

Clinica chirurgica.

Clinica dermosifilopatica.

Clinica oculistica.

Clinica delle malattie nervose e mentali.

V. ANNO. — Clinica medica.

Clinica chirurgica.

Clinica ostetrico ginecologica.

Clinica pediatrica.

Medicina legale.

Tutti questi corsi devono essere coordinati nei loro programmi, sempre istituzionali, ed in nessun caso monografici.

Per la laurea si sopprime la dissertazione scritta e si sostituisce con discussione su temi pratici e sperimentali.

Per i già laureati che vogliono diventare specialisti in un dato ramo di carattere professionale, chirurghi generali o speciali, ostetrici, ginecologi, periti igienici, periti medico-legali, ortopedici, odontojatri, ecc. si propone un corso biennale di specializazzione pratica che con-

durrà ad una laurea superiore con diploma di specialista. Nei corsi speciali di perfezionamento anche gli insegnanti di materie fondamentali potrebbero fare degli insegnamenti monografici ai fini della specialità, per dare a questa una base scientifica. Per il conseguimento di questa seconda laurea, ritiensi necessaria una dissertazione scritta. Detti corsi di specialità con programmi proposti dalle Facoltà ed approvati dal Consiglio Superiore, avranno luogo in quelle Università dove i mezzi di studio speciale possono essere meglio assicurati.

CONDOTTE E CONCORSI.

CUSANO MUTRI (Benevento). *Ufficio Sanitario.* — Cercasi urgentemente interino per condotta medico-chirurgica, gratuita per soli poveri, retribuito con lire 4400, oltre il provento della cura degli abbienti e probabilità incarico definitivo.

Dirigere domande e richiesta informazioni all'Ufficio Municipale.

Medico forestiero attualmente occupato in direzione di una casa di salute, cerca interinato. Rivolgersi a Emilio Beer, Napoli, via Giuseppe Riccardi, 23.

Medico ostetrico cerca interinato oppure condotta ben retribuita. Scrivere condizioni dettagliate al « Dott. S. », Trieste, fermo in posta.

Medico-chirurgo-odontoiatrico cerca situazione in un Gabinetto odontoiatrico: associazione, aiuto o altro. Scrivere: Ferroni, fermo posta, Bellinzona, Svizzera.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Ufficiale: Dott. Francesco Pimpinelli, da Collepepe (Perugia).

Cavaliere: Prof. Giacomo Pighini, da Reggio Emilia; dott. Giulio Baroni, da Firenze; dott. Bernardo Barbieri, da Novellara (Reggio Emilia).

ALBO D'ORO.

ENCOMIO SOLENNE.

Dott. Zanotti Achille, tenente medico nel 3° reggimento alpini, batt. Val Pellice.

Per la calma, il coragio, l'assiduità instancabile con cui ha curato i feriti sotto il fuoco nemico, specialmente di artiglieria di grosso calibro. Zellonkofel, 29 giugno 1916.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Dott. Zanotti Achille, ten. med. nel 3° regg. alpini, batt. Val Pellice.

Sprezzante del pericolo in zona battuta da violento fuoco d'artiglieria, con intelligenza e con sublime spirito di carità prodigava tutto se stesso nella cura dei feriti, incoraggiando i soldati ed incitandoli alla lotta. Bell'esempio di sangue freddo e di fermezza d'animo. Monte Vodice 19-25 maggio 1917.

MEDAGLIONI.

AUGUSTO DUCREY.

Il voto unanime con cui la Facoltà medica di Roma ha chiamato il prof. A. Ducrey alla successione del compianto prof. Campana nella Cattedra di Clinica Dermosifilopatica, non è soltanto un omaggio reso al merito dell'insigne scienziato, il cui nome è congiunto ad una delle scoperte più importanti che siano state fatte nel campo venereologico da molti anni a questa parte, ma risponde altresì ad una designazione che si può dire correva sulla bocca di tutti coloro i quali, da noi, s'interessano al progresso degli studi medici.

L'opera scientifica di A. Ducrey s'iniziò così come molti amerebbero finire la propria. Il suo classico lavoro dal titolo: *Ricerche sperimentali sulla natura intima del contagio venereo e sulla patogenesi del bubone venereo* (1889) non era, se non sbaglio, che una tesi di libera docenza; eppure in esso, con la scoperta del bacillo dell'ulcera molle, non solo si ribadì in modo definitivo l'infondatezza di quell'unicismo modificato che aveva fatto per tanto tempo confondere l'ulcera venerea con la sifilide, ma si stabilì su basi granitiche la specificità dell'ulcera molle in paragone di tutte le altre ulcerazioni banali cui possono andare incontro i genitali esterni di ambo i sessi: concetto questo al quale si sono dovuti infine piegare, per la incoercibile forza del vero, anche coloro che sino a ieri erano i più tenaci sostenitori della tesi contraria.

Poco importa se i tedeschi, per un vacuo nazionalismo scientifico, designano abitualmente il bacillo dell'ulcera molle anche col nome di un loro connazionale, il quale nulla aggiunse di notevole agli studi del Ducrey: tutto ciò, se mai, dimostra quale fu l'importanza scientifica di quel primo lavoro con cui si dava la rigorosa dimostrazione sperimentale di una verità che la clinica aveva già intraveduta da qualche tempo, e spiega, se non giustifica, il tentativo di togliere allo scienziato italiano, almeno in parte, il merito della scoperta.

A coloro che professano a preferenza gli studi dermatologici non è necessario rammentare qualcuno fra i più noti lavori del Ducrey, quali sono, in ordine di tempo: *Tentativi di cultura con esito positivo del bacillo leproso* (1882) — *Sulla voluta contagiosità della psoriasi* (1887) — *Sull'eritrasma* (1893) — *Acariasi da grano, in forma epidemica, dovuta al pediculoides ventricosus* (1909). — *Tricomicosi palmellina ed il suo parasita* (1911-1912); e gli altri in collaborazione con lo Stanziale: *Su aicune affezioni delle regio-*

ni pelose con esito in atrofia (1892); col Reale: *Sulle tricofizie umane;* col Respighi: *Sull'ipercheratosi figurata centrifuga atrofizzante impropriamente chiamata porocheratosi* (1898), ecc.

In tutti questi lavori risaltano la padronanza assoluta della materia, la vasta e profonda cultura, la chiarezza dell'esposizione, la solidità delle conclusioni, onde i più di essi meritano di essere considerati come fondamentali contributi al progresso della dermatologia, alla novità ed importanza dei quali nulla possono togliere il volgere del tempo e gli studi ulteriori.

Ne è mestieri ricordare il ministero d'insegnante che è pel Ducrey tanta parte della vita operosa: le numerose generazioni di studenti che in Pisa prima, e poscia in Genova, seguirono i suoi corsi hanno sparsa oramai dovunque la fama del Maestro, la quale non è inferiore a quella del clinico a cui si rivolgono fidenti i malati da ogni angolo d'Italia.

Non è dunque la ripetizione di una frase di cui si abusa, il dire che la venuta del prof. Ducrey rappresenta un vero acquisto per la nostra Facoltà medica che con tanta spontaneità di voti e con tanta unanimità di consensi lo volle in mezzo ai suoi.

Per chi poi conosce l'uomo, cui diamo dalle colonne del « Policlinico » il più cordiale benvenuto, non vi ha dubbio che il suo avvento alla Clinica dermosifilopatica di Roma non è già soltanto il coronamento di una gloriosa carriera accademica, ma segna altresì l'inizio di una nuova èra di fecondo lavoro e di importanti conquiste nel campo scientifico.

V. M.

NOTIZIE DIVERSE.

Società Italiana di Medicina Interna.

Il Consiglio Direttivo della Società si è adunato a Roma il 9 corr.

Ha preso provvedimenti d'indole interna.

Ha stabilito che la prossima adunanza della Società abbia luogo verso la metà del mese di ottobre, possibilmente a Trieste. Nel caso che difficoltà materiali non lo permettessero, la riunione avrebbe luogo in Roma, fatta la riserva di convocare un'adunanza prossima a Trieste.

Infine il Consiglio ha fissato i temi delle relazioni è designato i relatori.

All'Associazione medica di Trieste.

Il 10 febbraio l'Associazione tenne una adunanza scientifica. Il presidente rivolse un cordiale saluto agli intervenuti. Rispose il generale medico Santucci, assicurando che ognuno si sente come amico a Trieste, che ha saputo sempre tener accesa la fiaccola della libertà e dell'idealità. Il presidente comunicò quindi che in primavera si terrà a Trieste la 26ª adunanza della Società italiana di chirurgia.

Il dott. Jellersitz commemorò il protofisico dott. Costantini, tracciandone la biografia.

Il dott. Brunner fece poi una breve descrizione dell'odierna epidemia che si distingue per parecchi fenomeni da quella del 1889-90. Citò fatti clinici da lui osservati in molti casi e descrisse i vari metodi di cura, soffermandosi sulla profilassi coi sieri ed i vaccini.

Per l'Assicurazione statale contro le malattie.

L'Unione nazionale dei medici italiani, Sezione di Milano, in seguito alla relazione del prof. Devoto sul disegno di legge per l'Assicurazione obbligatoria contro l'invalidità e la vecchiaia presentata dal ministro Ciuffelli alla Camera, e dopo larga discussione, ha votato il seguente ordine del giorno:

« I Medici Milanesi, dopo aver udito la relazione del prof. Devoto, ed a seguito della discussione sopra il progetto di legge sull'assicurazione obbligatoria contro l'invalidità e la vecchiaia, preso atto con viva compiacenza della decisione del Governo di portare in pratica il principio previdenziale di fronte alla Invalidità e la Vecchiaia; fanno presente l'assoluta necessità che il grande problema sociale della previdenza poggi principalmente sull'Associazione malattie, legge fondamentale, alla quale si debbono coordinare le altre nel campo della previdenza; e si augurano che il Governo sulla base degli studi già esperiti dalla apposita Commissione, applichi al più presto la legge di Assicurazione contro le malattie, legge che da più lustri è in vigore nelle provincie italiane redente, e che tornerà di grande sollievo così agli assicurati che ai Comuni, alle Provincie, alle Opere pie ed al Paese. E dove le Assicurazioni globali non potessero essere subito discusse ed approvate dal Parlamento, vengano attuate con decreto da trasformarsi in legge ».

Associazione nazionale tra infermiere.

Con atto notarile si è costituita a Roma l'associazione nazionale italiana fra infermiere, di cui abbiamo già dato notizia. Ne è presidente la contessa Terni De Gregori e segretaria Alina Cavalieri.

La Croce rossa americana ha dato il suo prezioso contributo, specialmente per mezzo della collaborazione di Miss Mary Gardner, direttrice delle infermiere che costituiscono la missione anti-tubercolare ed ex presidente dell'associazione nazionale delle infermiere americane, la quale conta 80,000 socie.

Inoltre, coadiuvata dalla Sezione d'Igiene del *Consiglio Nazionale delle donne Italiane* e per mezzo di un Comitato esecutivo di cui è presidente la marchesa Marianna Denti, la C. R. A., ha organizzato una scuola per assistenti di sanità, affinchè si diffonda anche tra noi l'utile sistema delle infermiere visitatrici professionali, che in America già da anni prestano un attivissimo servizio in ogni ramo dell'assistenza a domicilio e della propaganda igienica.

Anche a Milano si è costituita una Sezione dell'associazione nazionale tra infermiere, e altre

certamente se ne organizzeranno nelle varie città d'Italia.

L'associazione favorirà relazioni internazionali con organizzazioni straniere dello stesso carattere, stabilirà cordiali rapporti fra infermiere volontarie e professioniste, cercherà infine ogni mezzo per sviluppare maggiormente la coscienza igienica nel popolo italiano.

Per l'igiene scolastica e l'educazione igienica.

I rappresentanti dell'Associazione Italiana per l'Igiene della Scuola, convenuti il 1° marzo corr. dalle principali città del Regno a Bologna, per discutere sull'azione da svolgersi a tutela della gioventù scolastica e per la educazione igienica delle masse, dopo aver espresso gratitudine alla Croce Rossa Americana per la spontanea e generosa cooperazione offerta dalla stessa al raggiungimento di queste finalità, hanno concretato un vasto programma, da tradursi sollecitamente in effetto, ed hanno richiamato anche l'attenzione di tutte le organizzazioni mediche d'Italia sulla importanza dell'Igiene scolastica e sulla opportunità di includerla nei programmi amministrativi e politici.

Congresso sanitario interalleato d'aeronautica.

Questo congresso, di cui abbiamo già dato notizia, ha chiuso i suoi lavori con l'approvazione di un voto per la costituzione di una società interalleata fra i cultori degli studi sanitari d'aeronautica.

Sovrane decorate dalla C. R. italiana.

La duchessa d'Aosta, accompagnata da donna Lidia Tosio, dal marchese Carlo Torrigiani e dal colonnello medico prof. Cesare Baduel, ha presentato a S. M. la Regina d'Inghilterra la Croce al merito, in nome del presidente della Croce Rossa Italiana.

La duchessa d'Aosta ha pure presentato la Croce al Merito alla Regina Alessandra.

Il prof. Roth.

In nome della famiglia sanitaria italiana, di cui ci rendiamo interpreti, mandiamo all'illustre clinico e parlamentare un caldo augurio che abbia presto a rimettersi completamente dalla malattia che lo ha colpito.

La commemorazione di Giulio Ascoli.

Il 13 u. s., a Milano, nella sede dell'Associazione Sanitaria, ebbero luogo le onoranze alla memoria di Giulio Ascoli, libero docente di clinica medica nella R. Università di Pavia e direttore dell'Ospedale Maggiore di Trieste. La commemorazione riuscì solenne per il largo concorso di insegnanti universitari e di medici nonchè di numerose personalità della colonia triestina.

Il prof. Veratti illustrò l'opera scientifica dell'estinto. Il dott. Arturo Castiglioni di Trieste disse poi della più grande opera civile e patriottica. Il discorso dell'oratore assurse ad una vera e solenne celebrazione quando egli, con voce vibrante e commossa, descrisse le persecuzioni subìte da Giulio Ascoli, il suo allontanamento da Trieste, la sua eroica resistenza per non servire nell'esercito austriaco, il suo esilio durissimo, la tragica morte di questo nobilissimo soldato dell'ideale e dell'umanità.

Il fascicolo 3° (1° marzo 1919) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

I. Prof. **C. Moreschi:** *Sulla filtrabilità del virus influenzale.*

II. Prof. **G. Tizzoni** e **P. Perrucci:** *Sulla determinazione del potere immunizzante dei siero antitetanico a mezzo della stricnina.*

III. Dott. **G. Quarelli:** *Un caso di chiluria intermittente da malaria.*

Il fascicolo 3° (15 marzo 1919) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene i seguenti lavori:

I. Prof. **I. Scalone:** *Sulle indicazioni operatorie nei casi di permanenza di proiettili nel cuore.*

II. Dott. **C. Oliva:** *Influenza dell' anestesia eterea e cloroformica ripetuta sulle variazioni numeriche dei globuli bianchi.*

III. Dott. **P. Amorosi:** *Emorragie secondarie.*

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. E. Pozzi, resp.

Anno XXVI *Roma, 23 marzo 1919* **Fasc. 12**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALI MILITARI SPECIALIZZATI - GRUPPO N. 8

Direttore prof. G. B. RAMOINO, maggiore medico.

L'albuminoreazione dell'espettorato.

Suo valore diagnostico e prognostico nella tubercolosi polmonare

per il dott. FELICE DURAND, tenente medico, direttore del Laboratorio di Batteriologia e di Chimica clinica.

È stata attribuita a questa reazione, specie dagli autori francesi, un grande valore per la diagnosi della tubercolosi polmonare.

Tra gli altri mezzi di indagine che ho esperito in questo Laboratorio specializzato per le ricerche inerenti alla tubercolosi, ho usato anche l'albuminoreazione.

I risultati ottenuti da esami fatti su vasta scala, il confronto con i reperti conseguenti ad altre indagini, ed infine il rapporto colla diagnosi clinica caso per caso hanno messo in luce lo scarso valore semejologico che ha la ricerca dell'albumina nello espettorato dei tubercolosi.

Ecco intanto la tecnica seguita per l'indagine:

Una discreta quantità di espettorato che non contenga sangue e per quanto è possibile non sia commisto a saliva, viene raccolta in una provetta da saggio.

L'espettorato deve essere emesso di recente, perchè altrimenti per l'azione dei germi inerenti, la mucina può venire elaborata con produzione di albumina e per contro l'albumina può essere in parte trasformata in albumose.

In ogni tubo viene aggiunta dell'acqua in quantità uguale all'espettorato che vi è raccolto, e un po' di lana di vetro che facilita di molto la triturazione delle masse consistenti dell'espettorato.

Si aggiunge quindi qualche goccia di acido acetico per coagulare la mucina, agitando ancora il liquido colla bacchetta di vetro che servì per la macerazione.

Poi attraverso filtro a pieghe si raccoglie in un altro tubo il liquido e per essere certi che tutta

la mucina è stata coagulata prima della filtrazione, si lasciano cadere nel filtrato due goccie di acido acetico che non dovrebbero produrre intorbidamento.

In caso contrario si ripete l'operazione per sbarazzare il liquido della mucina.

Sul filtrato si deve praticare la ricerca dell'albumina per mezzo del calore. Ora siccome l'albumina non precipita in un mezzo troppo acido, si neutralizza il liquido in esame con tante gocce di liscivia di soda fino a che con una cartina di tornasole non si metta in evidenza una reazione assai poco acida.

Si aggiungono quindi alcuni cristalli di cloruro di sodio e si procede poi, scaldando, alla ricerca dell'albumina. È degna di nota l'avvertenza di protrarre l'osservazione anche dopo un certo tempo poichè quando l'albumina trovasi in piccole quantità la separazione a mezzo dell'ebollizione avviene con ritardo.

* * *

Ho praticato l'albuminoreazione su individui che l'esame clinico dava immuni da tubercolosi e per i quali le varie ricerche diagnostiche di laboratorio erano pur negative (cutireazione, iniezione, di tubercolina, sieroreazioni).

In 15 soggetti affetti da catarro nasofaringeo proveniente da stenosi nasali (deviazione del setto, ipertrofia dei turbinati), la ricerca dell'albumina nell'espettorato diede risultato positivo (reazione debole).

In alcuni di questi individui si associava alla rinite e alla faringite cronica anche una laringo tracheite subacuta o cronica in apparente connessione con le lesioni organiche sopracitate.

In 8 casi di polmonite lobare, in 10 di broncopolmonite, in 4 di congestione polmonare acuta, in 10 di congestione polmonare passiva secondaria a cardiopatie, l'albuminoreazione fu sempre positiva e più o meno abbondante.

Degno di nota è il fatto che anche solo la saliva trattata col procedimento sopraesposto rivela delle tracce di albumina.

Ho eseguito la ricerca sull'espettorato di 90 soggetti affetti da bronchiolite apicale. Il reperto fu positivo ed in misura discreta. Talora un esito negativo veniva corretto con un risultato positivo ad un susseguente esame.

In 120 ammalati con lesioni tubercolari del polmone più diffuse e più profonde l'albuminoreazione fu sempre evidente ed abbondante.

Il dosaggio dell'albumina eseguito in questi soggetti, alcuni affetti da tubercolosi polmonare nei vari stadî, altri non tubercolosi ma sofferenti di affezioni o polmonari o delle prime vie aeree, ha dato dei risultati che, espressi secondo una media, vengono esposti nella seguente tabella.

Non tubercolosi.

	Quantità di albumina
Catarro rinofaringeo cronico	gr. 0.01%
Bronchite semplice acuta	» 0.04%
Bronchite semplice cronica	» 0.02%
Congestione polmonare acuta	» 0.08%
Congestione polmonare passiva (nefritici)	» 0.02%
Congestione polmonare passiva (cardiopatici)	» 0.03%
Polmonite lobare (1° stadio)	» 0.07%
» » (2° stadio)	» 0.15%
» » (3° stadio)	» 0.01%
Broncopolmonite acuta	» 0.12%
Broncopolmonite cronica	» 0.05%

Tubercolosi.

	Quantità dell'albumina
Bronchiolite	gr. 0.01%
Broncoalveolite	» 0.015%
Broncopolmonite	» 0.1%
» cavernosa	» 0.16%

Questa analisi quantitativa fatta col dosaggio ponderale è assai lunga, complicata (Wanner, « *Deut. Arch. f. Klin. Med.* vol. 75 »).

Può meglio supplire in via approssimativa ed assai più rapida, il dosaggio volumetrico col tubo ed il reattivo di Esbach.

I risultati che più interessano sono quelli che concernono i soggetti affetti da forme polmonari tali da poter simulare un'affezione tubercolare.

Ora dai reperti ottenuti appare che l'albuminoreazione non ha valore diagnostico.

Infatti oltre che trovarsi l'albumina presente nell'espettorato in affezioni polmonari acute o croniche non tubercolari, il confronto dei relativi reperti quantitativi con quelli ottenuti prendendo in esame l'espettorato di soggetti affetti da lesioni polmonari di natura tubercolare, non ha avuto significato diagnostico differenziale.

La reazione positiva in un soggetto tubercoloso sta solo ad indicare l'attività del processo polmonare, mentre la quantità di albumina rappresenta un ordine dell'estensione e della profondità della lesione.

L'indagine ha quindi un reale valore prognostico, e può rappresentare un mezzo per seguire l'evoluzione della tubercolosi polmonare.

Infatti l'albumina diminuisce man mano che si attenua l'attività dei focolai fino a ridursi a tracce minime nei casi di guarigione; per contro

aumenta coll'aggravarsi delle lesioni broncopolmonari.

Le osservazioni fatte si possono riassumere schematicamente nelle seguenti proposizioni:

1) L'albuminoreazione dell'espettorato non ha nessun valore diagnostico speciale per la tubercolosi polmonare.

2) L'analisi quantitativa col metodo ponderale, di poca attuabilità pratica per la tecnica difficile, o con il metodo volumetrico (Estach), non ha alcun valore diagnostico differenziale.

3) L'albuminoreazione quantitativa ha un reale valore prognostico, essendo le variazioni quantitative proporzionali all'attività, alla estensione e alla profondità della lesione polmonare.

CONFERENZE.

Alcuni principî di neurologia.

(H. HEAD. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. Decembre 1918).

Durante gli ultimi anni la neurologia non ha gran che progredito. Le nostre conoscenze non si sono arricchite, e molti fatti sono tuttora avvolti nell'oscurità. La tendenza dei cultori della neurologia pare si sia svolta piuttosto nella ricerca di piccoli sintomi, senza però penetrarne il significato. È un lavoro di analisi che non pare guidato da larghi criterî direttivi, e che non risolve alcun problema fondamentale. E noi non conosciamo ancora precisamente le leggi generali della funzione del sistema nervoso: più che perdersi quindi in dettagli converrebbe affrontare problemi più sostanziali.

La scuola inglese nello studio del sistema nervoso ha sempre seguito un indirizzo fisiologico, ma spetta indubbiamente a Jakson di avere maggiormente insistito al riguardo. Mentre i suoi contemporanei s'ingolfarono senza uscita in ricerche anatomiche, egli studiava e risolveva brillantemente importanti problemi fisiologici del sistema nervoso. Appartenente ad una scuola di fisiologi, profondamente imbevuto della dottrina della evoluzione non solo anatomica ma anche funzionale egli concepì la gerarchia funzionale del sistema nervoso nel senso che ciascuna forma di attività è dominata da un'altra più progredita nella scala dell'evoluzione. Tale concezione spiega sufficientemente fenomeni delle malattie nervose che prima rimanevano inesplicabili.

La teoria stessa dà ragione del fatto che il sistema nervoso centrale deve la sua esistenza alla necessità di produrre azioni concordanti in un organismo plurisegmentale. La natura fu spinta a sviluppare un meccanismo capace di integrare e coordinare le forze fisiologiche in relazione col mondo esterno. E col progredire dell'animale nella scala dell'evoluzione le funzioni richieste divennero sempre più complesse e con le parti anatomiche dell'organismo si sviluppò parallelamente un meccanismo capace di esercitare queste più alte attività. Solo così era possibile coordinare i grossolani processi fisiologici eccitati dagli stimoli esterni o prodotti in risposta ad azioni di forze interne. Una puntura determina una tendenza ad allontanare dalla stimolazione la parte colpita: si può anche determinare un movimento più complesso, come un riflesso di grattamento, capace di rimuovere l'oggetto molesto. Ma tali riflessi sono preordinati e non sono l'esponente di una scelta. Diventa perciò necessario di sviluppare un meccanismo di controllo che permetta all'animale o di aggredire lo stimolo localmente oppure di evitarlo mediante la fuga. Ma queste azioni incoscienti cedono col tempo il posto ad atti definiti di discriminazione: con lo ulteriore sviluppo cerebrale si acquista il potere della libera scelta.

Questo adattamento ad uno scopo chiaramente determinato richiede molteplicità di aggiustamenti, un processo di integrazione e coordinazione che è funzione specifica del sistema nervoso cerebrale.

Esso può verificarsi utilizzando in forma modificata le funzioni originariamente sviluppatesi per altri scopi. Così il movimento di ritirata che costituisce la reazione alla puntura della pianta del piede, è controllato dai centri superiori del cervello medio ed assume la forma dalla parte flessoria del movimento del cammino.

Ma quando questa influenza superiore è rimossa, come ad esempio nella sezione tobale del midollo spinale, il riflesso inferiore diventa manifesto nella sua forma primitiva come un puro movimento di ritirata accompagnato da evacuazione della vescica e del retto.

Di alcune funzioni cadute in disuso rimangono i centri anatomici più o meno modificati. Molte funzioni sono state trasferite in centri di origine più recente, mentre altre conservano la loro localizzazione, con forma più perfezionata, passando sotto il controllo di centri più alti nella scala della evoluzione. Ma nulla conserva la vecchia forma a meno che le necessità dell'organismo in determinate circostanze non lo richiedano.

Così gli impulsi afferenti provenienti dai visceri non raggiungono la coscienza. L'eupeptico all'infuori di un dolce e vago senso di benessere nulla avverte dei processi della digestione. Ma in determinate condizioni le impressioni afferenti

degli organi interni sono capaci di determinare molestie e dolori. Quando ciò si verifica questi disturbi sensitivi sono riferiti alla superficie cutanea dell'area corrispondente alla formazione segmentaria del sistema nervoso centrale. Non si tratta di una « iperestesia » ma di una tendenza a reagire più energicamente ad ogni stimolo capace di produrre dolore. La soglia della sensibilità non è abbassata, ma è aumentata la violenza della risposta agli stimoli.

Ora questa iper-reazione è associata a riflessi che conservano ancora il loro antico carattere difensivo. In risposta al dolore viscerale i muscoli addominali si contraggono tonicamente e le cosce si avvicinano alla parte dolente. Il paziente è costretto a raggomitarli, a nascondere la parte affetta e ciò fino alla morte o alla guarigione. Ogni capacità di muoversi liberamente è abolita, le reazioni dell'organo leso dominano l'attività di tutta l'organismo. I riflessi viscerali di questa specie sono antagonisti dei movimenti generali, e ciò si manifesta non solo con la immobilità muscolare, ma con lo speciale atteggiamento mentale che accompagna i dolori viscerali.

Il dolore è la più antica reazione difensiva e potenzialmente gli stimoli dolorosi sono la base di tutti i riflessi primitivi. Sarebbe quindi necessario per un più conveniente sviluppo dell'organismo che questi impulsi fossero resi meno attivi e sostituiti da impressioni che determinano reazioni più discriminative. Ma benchè tali impulsi siano controllati ed anche aboliti, il meccanismo della produzione del dolore deve rimanere nella sua completa attività fisiologica, pronto ad entrare in giuoco per difendere il corpo da influenze nocive.

Le funzioni del sistema nervoso non sono un palinsesto, non si tratta di un nuovo testo scritto su un precedente manoscritto in parte cancellato. Le attività primitive sono state profondamente modificate non annullate dall'avvento dei nuovi centri, che invece utilizzano qualcuna delle facoltà originarie del vecchio meccanismo. In alcuni casi anzi non potrebbero esplicarsi senza la esistenza dei poteri più bassi, che dominano e controllano.

Quando perciò l'azione del meccanismo superiore è sospesa le funzioni dei centri inferiori sono liberi di funzionare senza freno. Jakson insiste sul concetto che i fenomeni dovuti ad una lesione del sistema nervoso centrale devono essere distinti in negativi e positivi. Una lesione del sistema piramidale si manifesta negativamente con la scomparsa dei movimenti volontarî: ma l'attività dei centri inferiori libera da ogni controllo si manifesta con la rigidità spastica delle parti paralizzate. Analogamente la soppressione del controllo normalmente esercitato dalla corteccia sull'attività del talamo si traduce con una sindrome nota sotto il nome di iperreazione talamica: così tutti gli stimoli capaci di rievocare dolori o anche determinare piacevoli emozioni provocano una risposta esagerata nella metà del corpo affetta. Ciò non è dovuto ad irritazione del talamo, ma alla mancanza di freno o di controllo da parte della corteccia.

Queste che sono quindi manifestazioni positive della energia nervosa sono state attribuite ad una ipotetica « irritazione ». Alla stessa causa sono stati attribuiti gli spasmi flessori, l'iperidrosi consecutivi ad una lesione del midollo spinale. In realtà essi sono la espressione di una risposta diffusa e massiva a stimoli applicati nelle parti al di sotto del livello della lesione; essi sono manifestazioni di un modo primitivo di reazione dovuto alla cessazione del controllo superiore. I movimenti involontari nella emiplegia, gli atti automatici che seguono l'accesso epilettico, la pronunzia di parole nell'afasia in seguito ad emozioni sono tutti esempi del medesimo fenomeno.

Una lesione della corteccia cerebrale provoca disordini dei movimenti, non paralisi dei muscoli. E per quel che riguarda la sensibilità le lesioni corticali determinano disturbi dell'apprezzamento delle relazioni spaziali, del potere di rispondere adeguatamente alle differenti intensità di stimoli, della capacità di riconoscere le somiglianze e le differenze degli oggetti venuti a contatto col corpo: i centri corticali non hanno nulla a che fare con l'apprezzamento grossolano del tatto, del dolore, del caldo e del freddo.

I principî fisio-patologici che regolano le manifestazioni cliniche del sistema nervoso sono i seguenti:

1° Le funzioni più complesse e quelle di apparizione più recente sono quelle che soffrono prima e più intensamente nelle lesioni delle varie stratificazioni funzionali del sistema nervoso. Così nelle lesioni della zona sensitiva corticale la discriminazione delle relazioni spaziali di uno stimolo esterno è più compromessa della semplice localizzazione di un punto stimolato.

2° Le manifestazioni negative di una lesione sono in rapporto unicamente alla funzione specifica della zona colpita.

3° Una lesione negativa produce effetti positivi lasciando libere attività, che erano sotto il controllo funzionale della zona lesa.

4° Le funzioni del sistema nervoso centrale si sono sviluppate con un lento processo evolutivo. Il modo con cui questo progresso graduale si è verificato così che dalle più basse si è giunto

alle più alte manifestazioni è ancora manifesto nell'attività normale del sistema nervoso.

5° La integrazione funzionale nell'interno del sistema nervoso è la espressione di una lotta fra molte attività fisiologiche di differente potenziale. L'applicazione sulla cute di una provetta contenente acqua a 45° provoca normalmente una sensazione piacevole di caldo. Ma è facile dimostrare che questa stessa temperatura in determinate condizioni può stimolare le terminazioni nervose per la sensibilità del freddo ed allora appare fredda. Se invece ambo gli organi terminali per la ricezione del freddo e del caldo sono assenti si ha dolore. Così la stessa temperatura è capace di dare sensazioni di calore, di freddo e di dolore. Evidentemente nei diversi casi l'uno o l'altro degli impulsi dovuti alla stimolazione delle varie terminazioni nervose non possono raggiungere la coscienza. Si ha cioè un processo di integrazione delle impressioni afferenti che si verifica nelle varie sezioni del sistema nervoso centrale. Le impressioni a potenziale qualitativamente uguali si raggruppano alla periferia; quelle a potenziale disuguale si separano e si aggruppano nel midollo spinale, mentre nei centri superiori si ha una lotta per il predominio finale per modo che un solo gruppo di stimoli raggiunge la coscienza.

Questa integrazione si verifica a mezzo di tre processi. Dapprima sono raggruppati tutti gli stimoli a potenziale qualitativamente uguale. In secondo tempo tutti gli impulsi capaci di determinare sensazioni differenti sono respinti dai ricettori di ciascun livello funzionale. Il terzo processo si manifesta con il fenomeno dell'adattamento. L'acqua a 30 gradi in condizioni esterne convenienti non è apprezzata come calda nè come fredda. Ma quando la mano è stata immersa precedentemente per qualche tempo in acqua a 45° o a 15° la temperatura di 30° può sembrare fredda e reciprocamente calda. Questo potere di adattamento alle condizioni di ambiente ed il conseguente spostamento del punto neutro costituisce uno dei più importanti fattori nel meccanismo di integrazione. Nessuno stimolo il quale agisca per qualche tempo può rimanere allo stesso livello di efficienza; esso conduce ad uno stato progressivamente favorevole alla fase di attività opposta. Questa è la condizione essenziale che sta alla base della tendenza alla reazione bifasica caratteristica del sistema nervoso centrale.

Questi tre processi, accoglimento degli stimoli simili, reiezione degli stimoli differenti e disposizione bifasica formano i caratteri essenziali delle funzioni del sistema nervoso. Essi sono interposti tra le conseguenze vitali, prodotte dagli impulsi indotti dagli stimoli fisici sugli organi terminali, ed i prodotti finali della coscienza.

Tra l'impulso dello stimolo fisico sulla superficie del corpo ed il movimento o la sensazione che esso determina ci sono innumerevoli reazioni fisiologiche.

E la forma della risposta della coscienza è già preparata in un grado finora insospettato. Molte delle impressioni prodotte da uno stimolo esterno sono compatibili con altre e parecchie di esse sono contrastanti. Ma il risultato della lotta non è fisso nè preordinato: esso può essere condizionato da precedenti contingenze che hanno modificato la disposizione del sistema nervoso centrale. La forma assunta da un riflesso può essere determinata dal carattere del movimento precedente, come i fenomeni di adattamento sensitivo-sensoriale dipendono dalla influenza attiva del passato sugli eventi attuali.

Perciò la resistenza generale del sistema nervoso centrale per certi impulsi varia a seconda i tempi e secondo le persone. Ciò è particolarmente evidente per quel che riguarda il dolore. Noi tutti siamo soggetti ad innumerevoli impressioni dolorose che in condizioni normali non raggiungono la coscienza; ma se le resistenze locali o generali sono diminuite questi impulsi possono diventare sensazioni definitive di dolore. E' la legge della relatività e dell'adattamento che domina la vita.

Dr.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Sull'efficacia terapeutica del siero antidifterico.

(KOLLE E SCHLOSSBERGER. *Medizinische Klinik*, 5-26 gennaio 1919, n. 1-4).

Alla scoperta di Bering sulla terapia antitossica della difterite umana, specialmente quando P. Ehrlich introdusse il metodo per determinare il valore degli anticorpi, seguirono conferme cliniche da ogni parte in Germania ed in tutte le altre nazioni. Non solo i medici pratici ed i clinici entrarono nella convinzione di possedere un vero rimedio contro la difterite, che mieteva numerose vittime nell'età infantile, ma rapidamente le statistiche in pochi anni dimostrarono che, con l'introduzione del siero antidifterico, la mortalità era notevolmente diminuita. Jochmann ricorda che a Trieste, con la cura del siero, su 236 malati morirono il 22 %; esaurita la scorta di siero, senza che si potesse subito provvedere al rifornimento, la mortalità aumentò fino al 50%.

Tra i contributi clinici del passato specialmente convincenti sono quelli di Körte, di Schönholzer e di Siegert. Körte riporta una mortalità del 77% nei tracheotomizzati prima dell'uso del siero e una mortalità del 52 % dopo l'introduzione e l'uso del siero terapeutico. Schönholzer dà cifre del 66,16 % e del 32,54 % prima e dopo l'uso del siero. Siegert, su 17.499 bambini curati prima del siero, aveva una mortalità del 60,38 % e su 12.970 curati col siero, la mortalità scese al 36,32 %.

Ma accanto a tanto ottimismo, specialmente in occasione di gravi epidemie di difterite, sorse un certo scetticismo in alcuni medici per fatti particolari raccolti in alcune cliniche, dai quali resultava che *il siero poca efficacia o nessuna aveva dimostrato su ammalati gravi di difterite.* Tanto che, specialmente in America, si cominciò ad usare il siero in quantità maggiori non solo, ma a somministrarlo per vie che dessero una garanzia maggiore e di più rapido assorbimento (intramuscolare ed endovenosa).

A chi voglia indagare le ragioni dell'insuccesso in casi particolarmente gravi, numerose si presentano le ipotesi: la coesistenza di eventuali malattie generali o di particolari organi (stato timo-linfatico, malattie dei reni o del cuore, delle glandule, ecc.), il sovrapporsi alla malattia specifica delle infezioni miste come da streptococco, ecc. Ma accanto a queste e ad altre contingenze cliniche, che sono di spettanza medica, l'esperimento di laboratorio ce ne ha indicata una, che potrebbe avere un grande valore per delucidare quei casi particolarmente gravi, i quali ricorrono nelle epidemie e sui quali la sieroterapia può riuscire inefficace. I singoli stipiti di b. difterico sono così differenti per virulenza e per capacità di formare veleni nel corpo, che talora, quando il siero interviene, anche se precocemente, resta inefficace, poichè di già la dose letale o più che letale è stata dall'organismo infetto riassorbita.

Ma altre obbiezioni si sono fatte all'utilità del siero antidifterico: vero è che la mortalità in tempi ordinari si mostra diminuita, ma quando una epidemia sopravviene, la mortalità si rialza e raggiunge cifre quali si trovano notate nel periodo che precedeva l'introduzione del siero in terapia: così durante le epidemie del 1910 e 1912 in Germania ed in Svizzera.

La mortalità diminuita invece, secondo alcuni, non sarebbe altro che un artificioso prodotto statistico, poichè con la diffusione acquistata dall'esame bacteriologico, molte angine, che prima passavano nel novero delle angine comuni e che per sè guarivano, ora sono riconosciute come specifiche, e attribuite per la guarigione all'efficacia della sieroterapia.

(6)

Accanto agli scettici esiste un'altra categoria di avversari i quali non giungono a negare l'efficacia del siero, ma *impugnano la specificità del rimedio, sostenendo che eguali buoni resultati si ottengono con l'uso del siero di cavallo;* essi quindi attribuiscono i vantati resultati al siero in sè e non al componente antitossico. Bingel ultimamente si è mostrato fautore di questo modo di vedere e fonda la sua convinzione su cifre personali: di 937 malati di difterite una metà fu curata col siero semplice di cavallo e l'altra metà con siero antidifterico; nessuna differenza si potè rilevare nei resultati.

Dinanzi a tali documenti e allo scetticismo invadente in alcune categorie di medici, gli AA. si sono ancora *affidati all'esperimento su animali per controllare il valore terapeutico del siero e per illuminare alcuni fatti inesplicabili che la clinica presenta nell'osservazione dei malati.* Essi pensano che tale mezzo è ingiustamente da alcuni disprezzato e che deva essere ancora utilizzato per risolvere problemi di simile natura.

Un primo gruppo di esperienze sulle cavie riguarda *il potere di difesa del siero specifico contro il veleno difterico prodotto dal bacillo,* coltivato in terreni di cultura, avendo però l'avvertenza di saggiare il potere difensivo non contro un solo stipite di bacilli ma contro *numerosi stipiti* scelti tra i più virulenti in occasione di epidemie gravi (come stipiti americani, ecc.). E perchè le esperienze fossero più dimostrative la azione del siero protettivo è stato cimentato contro tossine di *bacilli omologhi,* cioè stipiti provocatori dello stesso siero antitossico, e *stipiti eterologhi,* inviati da vari istituti. E non solo le infezioni sperimentali negli animali furono provocate con i veleni dei bacilli coltivati, ma *coi bacilli stessi viventi,* per approssimarsi per quanto era possibile alle infezioni umane.

Nel saggiare la *virulenza dei vari stipiti* resultarono delle differenze talmente notevoli sulla capacità di virulenza, che la dose mortale potè variare, per animali di eguale peso, da 1/20000 ad 1/5 di ansa. Con ogni verosimiglianza anche negli uomini avvengono delle variazioni della virulenza dei bacilli egualmente grandi. Nelle culture molto virulenti basta l'iniezione di poche centinaia di germi per condurre alla morte degli animali. Produzione di veleni in coltura e virulenza delle culture vive inoculate, non presentano sempre un parallelismo quantitativo, si che verrebbe fatto di sospettare che l'effetto dei batteri in vivo non si fonda sulla produzione di tossine quale avviene nelle culture, ma che le tossine prodotte in vivo siano differenti da quelle che si producono in vivo.

Col veleno difterico furono inoculati 196 porcellini d'India: la somministrazione del siero di cavallo semplice o del siero antitossico fu fatta a varia distanza di tempo: 48 animali controllo inoculati e non curati morirono tutti; di 53 curati con siero di cavallo normale, 2 sopravvissero e 51 morirono a causa dell'infezione; di 95 curati col siero antidifterico 51 guarirono e 44 morirono.

Oltre ai resultati statistici, l'osservazione diretta degli animali da esperimento ha dimostrato tutta la verità contenuta nelle esperienze di Behring, di Ehrlich, di Dönitz, ecc. *Il siero antitossico costituisce un vero rimedio preventivo e curativo contro l'avvelenamento dell'animale per mezzo del veleno difterico: tanto più facile e sicura è la cura quanto minore è il tempo trascorso tra l'inoculazione del veleno e del siero*: dopo un certo tempo qualunque quantità di siero non vale a scongiurare la morte, mentre tra questi limiti estremi esistono gradi diversi per i quali, l'aumento delle quantità di siero può evitare i pericoli della morte. Tali conclusioni si sono verificate anche quando l'intossicazione degli animali è determinata con veleni di stipiti virulentissimi ed eterologhi; così con veleni prodotti da stipiti americani virulentissimi.

Col siero di cavallo semplice invece, se da una parte si vede un certo resultato, poichè di fronte ai controlli il suo uso vale a prolungare la malattia, non elimina il fatale terminare dell'intossicazione. Da notare che anche l'umile resultato di un ritardo della morte si ottiene con grandissime quantità di siero, rispetto al peso dell'animale, *sì da far negare qualsiasi valore specifico curativo al siero stesso.*

Provata l'azione del siero antitossico sulla malattia provocata negli animali con la tossina prodotta da differenti stipiti omologhi ed eterologhi gli AA. si sono messi nelle condizioni sperimentali più vicine alla malattia umana, tentando cioè l'*azione del siero contro le infezioni con bacilli vivi* tanto più che le esperienze di simil genere sono scarse nella letteratura.

Furono usati bacilli viventi della difterite, ottenuti in cultura su siero di Löffler, e scelti su stipiti virulentissimi che uccidevano in due giorni una cavia nella dose di 1/20.000 di ansa come stipiti meno virulenti (dose mortale 1/5 di ansa). Vie d'introduzione la sottocutanea e la via cutanea (frizione sulla cute, depilata con idro-solfato di calcio). Il siero curativo antitossico fu inoculato per via sottocutanea, intraperitoneale, endovenosa. In tutto 64 serie di prove con 481 animali; 216 furono curati col siero antidifterico: 152 (70 %) guarirono, 64 morirono coi segni di malattia acuta o ritardata. A 137 cavie fu somministrato il siero semplice di cavallo da 2 a 5 cc.: 28 animali guarirono (21 %) 109 morirono. 128 animali di controllo morirono tutti durante il primo giorno dell'infezione.

Lo studio dell'andamento delle esperienze, in cui il siero antitossico fu proporzionato all'entità e alla data dell'infezione, ha dimostrato agli autori che il siero specifico antitossico fallisce sopratutto quando l'intervento curativo è tardivo, ma che non si nota differenza alcuna nell'effetto utile sia che esso sia diretto contro la tossina preparata in vitro sia contro l'infezione sperimentale provocata con culture viventi di bacilli. *E l'effetto curativo è manifesto sia con stipiti omologhi di bacilli come con stipiti eterologhi.* Anche in queste prove *il siero normale di cavallo* ha rivelato una certa azione sul decorso dell'infezione nel confronto coi controlli tenuti senza siero. Usando culture poco virulenti e dosi piccole di culture virulente, si potè ottenere non solo un rallentamento della malattia, ma talora, in una scarsa percentuale, la guarigione, specialmente usando grandi quantità di siero. Tale benefico effetto mancava però costantemente, se la quantità di bacteri superava la dose mortale e se il ritardo nel tentativo curativo oltrepassava le 10 ore dall'avvenuta infezione, mentre col siero antitossico si riuscì a salvare degli animali intervenendo anche dopo 18 ore, ed in alcune prove anche dopo 24, perfino dopo 30 h.

Il siero antitossico adunque nell'esperimento negli animali non solo è efficace contro l'avvelenamento con tossina prodotta in vitro, ma anche contro l'infezione determinata con culture di bacilli viventi, sia che le tossine e gli stipiti siano di unica come di multipla provenienza sia che gli stipiti siano omologhi od eterologhi.

Lo scetticismo di coloro i quali credono che i veleni bacterici prodotti in vivo siano essenzialmente differenti da quelli prodotti in vitro non trova conforto nelle ricerche sperimentali, le quali anzi danno una luminosa prova che differenze, agli scopi di una terapia specifica serica, non esistono. Il fallimento sperimentale del siero semplice di cavallo, di fronte al siero specifico negli esperimenti sugli animali, dice che non è giustificato applicare come cura della difterite un tale mezzo, almeno nelle dosi usate per il siero specifico. Il siero di cavallo, perchè una certa efficacia si possa ottenere, dovrebbe essere impiegato a dosi enormi, corrispondenti almeno a parecchi centimetri cubici per ogni chilogrammo di peso del malato. Quando questo esperimento si intraprendesse sull'uomo si dovrebbero contemporaneamente aumentare le dosi

di siero specifico per poter paragonare i resultati.

Un ultimo rilievo forniscono le prove sperimentali ed è dell'aumento notevole delle dosi di siero curativo necessario per ottenere un resultato apprezzabile, quanta maggiore è la distanza dall'avvenuta infezione. Nei malati di difterite, che vengono inviati all'ospedale, per tale ragione, conviene usare dosi curative maggiori di quelle finora usate, troppo piccole a dosi di 5000 10000 U. I. invece di 1500, 3000 U. I.

t. p.

CHIRURGIA.

I tumori del grosso intestino.

(V. PAUCHET. *Presse Médicale*, 1918, n. 59).

I tumori dell'intestino grosso sono costituiti dal cancro, da processi infiammatorî, dalla tubercolosi.

La diagnosi precoce del cancro del colon, del cieco e del sigma, è necessaria perchè un intervento a tempo opportuno e ben condotto dà la guarigione.

La *palpazione* del tumore addominale in caso di cancro riesce per lo più negativa: quando si palpa un tumore si tratta di una massa tubercolare ileo-cecale, di una infiammazione pericolica, d'un accumulo di materie fecali trattenute da una stenosi, raramente di una massa neoplastica.

Il cancro del colon destro dà *diarrea,* quello del colon sinistro *stipsi.* Se il neoplasma si forma nel cieco o nel colon ascendente si forma una stenosi e la contrazione difensiva della parete intestinale dietro il tumore espelle più rapidamente i liquidi donde la diarrea. Se al contrario il neoplasma si sviluppa nella seconda metà del colon si ha maggiore ristagno, maggiore assorbimento di liquido e quindi stipsi.

Il punto dove si forma il tumore è sede di dolore: la tunica muscolare lotta contro l'ostacolo, donde coliche accompagnate da gorgoglio. Più che un vero dolore è un senso di molestia. Spesso l'infermo stesso si rende conto della sede della lesione: avverte il punto nel quale il passaggio di liquidi e di gas produce un senso di sollievo.

I tumori del colon sono spesso accompagnati da *emorragie* e da *secrezioni mucose.* Il sangue si presenta sotto forme di grumi o di filamenti aderenti alle feci o sospesi nel muco. Nelle diverticoliti l'emorragia è rara. Praticamente si può dire che l'emorragia colica sta al cancro dell'intestino grosso come l'ematemesi al cancro dello stomaco. In caso di tumori del cieco, del colon ascendente e della prima parte del colon trasverso si può avere anche anemia per emorragie occulte.

La *radioscopia* dà anche elementi diagnostici importanti. Prima dell'esame è necessario un pasto ed un clistere di bismuto. Se v'è ostruzione l'accumulo del bismuto dietro il restringimento si presenta sotto forma di ombra netta. Se il neoplasma ha sede nel cieco e nel colon il bismuto anche con un forte restringimento passa subito l'ostacolo a causa della dilatazione e della ipertrofia del cieco e del tenue. Sopra tutto nel colon discendente il clistere di bismuto dà ragguagli precisi sulla sede del tumore.

Per apprezzare le *contrazioni* del colon lottante cantro l'ostacolo è necessario praticare un messaggio leggiero sul ventre: si sentiranno così le anse intestinali in contrazione e gorgoglianti. Il cieco può subire un'ampia distensione anche quando il cancro ha sede nel sigma. La incontinenza della valvola ileo-cecale produce il riflusso del contenuto ceco-colico e la distensione dell'ileo che diviene riconoscibile alla palpazione. Le contrazioni intestinali dell'ileo si vedono nettamente sotto la pelle in forma di ondulazioni; il colon momentaneamente contratto è grosso, teso, spesso, e si contorce come un utero in travaglio.

La *endoscopia* retto-colica permette di esplorare l'intestino per 25-30 cm. e quindi può dare utili indicazioni.

I sintomi precedenti si presentano per lo più isolatamente, raramente raggruppati. Spesso quindi la sintomotologia è insufficiente per una diagnosi precisa, d'onde la necessità di una laparatomia esplorativa. L'anestesia locale basta per l'apertura e la chiusura dell'addome, occorrendo si può completare con la narcosi.

***

Nel grosso intestino si fanno talora delle ernie mucose che attraversano lo strato muscolare e producono sotto la sierosa piccole sporgenze del volume di un pisello o di una noce avellana: si formano così i *diverticoli.* In questi si accumulano materie, che quando sono sterili formano piccoli calcoli fecali innocui e quando sono infette producono accidenti analoghi a quelli dell'appendicite: perforazione, peritonite, ascessi o *tumori infiammatorî.* Questi ultimi simulano il cancro: l'intestino diventa duro, cartonaceo, ipertrofico.

Le diverticoliti si localizzano sopratutto nel sigma e possono quindi produrre *ascessi pericolici, tumori infiammatorî* o *pseudo-neoplasmi, fistole interne* o *esterne, degenerazioni cancerose.*

Gli ascessi pericolici si formano intorno al sigma e dànno la stessa sintomotologia dell'appendicite e spiegano così i casi di appendicite a sinistra.

I tumori infiammatorî o psudo-neoplasmi dànno per lo più la stessa fenomenologia del cancro tranne l'emorragia, che è molto meno frequente.

Le fistole esterne possono aprirsi sulla parete addominale, lombare o perineale, quelle interne nella vescica e nell'intestino peritenue. Quando sono localizzate al retto le diverticoliti producono perirectiti con ascessi nello spazio pelvirettale o fossa ischio-rettale con fistole a lunghi tragitti.

Gli stati infiammatorî favoriscono la produzione del cancro, come il cancro dello stomaco può innestarsi sull'ulcera, come il cancro della lingua può svilupparsi sopra una leucoplasia, così la diverticolite è causa di cancro.

La tubercolosi si localizza per lo più a livello del cieco ed alla fine dell'ileo. L'ileo-colectomia destra dà buoni risultati. Se la massa tubercolo-infiammatoria è troppo aderente, se esistono fistole, bisogna praticare l'esclusione del segmento ileo-cecale, sottomettere il paziente a qualche mese di elioterapia e fare secondariamente la resezione.

***

L'efficacia dell'intervento chirurgico nei tumori dell'intestino grosso dipende da quattro fattori: *a*) relativa benignità del cancro; *b*) mobilazzazione ampia dell'intestino mediante lo soclamento colo-parietale o colo-epiploicó per modo che si possa asportare un tratto considerevole dell'intestino; *c*) regime vascolare dell'intestino che consente la sua nutrizione anche quando si esporta una striscia di mesenterio e l'arteria marginale; *d*) regime linfatico, il cui territorio ben noto per ciascun segmento colico consente di asportare un tratto di intestino ed il sistema vaso-ganglionare corrispondente.

Il cancro dell'intestino grosso è tra i meno virulenti: l'invasione linfatica è tardiva, le metastasi rare. Il tumore è generalmente poco diffuso, piccolo e limitato. Le aderenze del tumore con i tessuti vicini (parete addominale ed intestino tenue) possono ostacolare la estirpazione.

Per quel che riguarda la distribuzione vasale occorre tener presente che le emorragie del colon e del retto sono sottoposte alle seguenti regole: Se l'arteria sigmoide inferiore e l'emorroidaria superiore sono legate separatamente, la circolazione nell'arteria marginale cesserà e si avrà la gangrena nella parte dell'intestino irrigata nelle dette due arterie. Se invece si farà la legatura sul tronco della mesenterica inferiore al disopra dell'ultima arteria sigmoidea, questa ultima, col sangue proveniente dall'arteria marginale, alimenterà lo stesso tronco dell'emorroidaria superiore. In pratica è bene fare in modo che sia conservata l'arteria marginale in tutta la sua lunghezza: tale arteria a causa delle sue anastomosi con la colica medica è sufficiente a nutrire il colon discendente ed il sigma.

In teoria ogni organo canceroso dovrebbe essere asportato con tutto il suo territorio linfatico, ma in fatto di cancro del grosso intestino è inutile praticare abbondanti asportazioni. Bisogna tener presente la debole tendenza di questi cancri alla invasione linfatica: quasi sempre solo la prima serie ganglionare è cancerosa, gli altri gangli sono per lo più solo infiammati.

In quanto alla tecnica operatoria bisogna considerare il caso in cui c'è già la occlusione ed il caso in cui questa non si è ancora prodotta.

Nel primo caso bisogna con l'anestesia locale fare un ano cecale ed attendere ancora un mese per resecare il colon.

Quando non c'è occlusione bisogna fare una laparatomia esplorativa mediana.

Se il cancro si trova sul colon discendente o al livello dell'angolo sinistro, e se c'è già un ano cecale, bisogna praticare lo scollamento colo-parietale sinistro e lo scollamento colo-epiploico a livello del trasverso sinistro, resecare il colon e fare un'anastomosi colo-colica e latero-laterale. Bisogna fissare l'anastomosi alla parete addominale in prossimità della sutura parietale perchè è possibile la slegatura della sutura. Quando il paziente è poco resistente, ha occlusione cronica e non ha ancora ano cecale bisogna fare l'operazione in due tempi: l'intestino leso con il tumore è tratto e mantenuto fuori della parete addominale, le due anse intraddominali sono saturate a canna di fucile; l'ansa messa fuori sarà invillupata con garza e dopo giorni sarà resecata col termocauterio; dopo qualche mese si ristabilirà la continuità fra le due anse suturate.

Se il cancro è localizzato a livello del sigma, bisogna liberare il colon discendente, fare una ampia resezione del tumore; s'introduce quindi nell'ansa superiore del colon un tubo in caoutchouc e s'invagina l'ansa superiore nella inferiore tirando il tubo dal retto. Si suturano quindi i due monconi. Il tubo sarà mantenuto ancora per una diecina di giorni e quindi sarà levato sempre dal retto.

Se il tumore trovasi sul colon ascendente o sul cieco l'operatore da una parte sezionerà l'ileo a

qualche centimetro dalla valvola ileo-cecale e dall'altra il colon trasverso in vicinanza dell'angolo epatico e si praticherà quindi la sutura.

Se il tumore è localizzato sul colon trasverso si farà lo scollamento colo-epiploico in tutta la sua lunghezza salvo a livello del segmento leso: si resecherà il colon e si ristabilirà la continuità con anastomosi e fissando poi la linea di riunione alla parete addominale.

In caso di tubercolosi o di tumori infiammatorî il procedimento da seguire sarà analogo a quello indicato per il cancro ma con qualche variante.

a. a.

OTOLOGIA.

La vertigine che ridà l'udito: angiospasmo labirintico.

(M. LERMOYEZ. *La Presse médicale*, 1919, n. 1).

È una nuova sindrome che l'A. descrive, contrapponendola a quella classica del Ménière: l'orecchio si ottunde, diviene progressivamente sordo, procura rumori, sino a che la cófosi si fa completa.

Il malessere va crescendo sempre più, la funzione uditiva sembra irrimediabilmente abolita, quando a un tratto si ha una vertigine ed entro alcune ore riappare l'udito.

Nella sindrome di Ménière si ha la vertigine brusca, apoplettiforme, parossistica e recidivante, che, avverandosi nella calma del pieno benessere, ha il decorso inizale di una improvvisa lesione encefalica: tanto che a lungo fu classificata tra le *congestioni cerebrali apoplettiformi,* donde la isolarono con difficoltà il Trousseau e il Ménière. La crisi dura da poche ore ad alcuni giorni; la vertigine diminuisce a poco a poco, mutandosi in uno stato di squilibrio che lascia il corpo affaticato e stanco. Di rado la sordità totale, manifestatasi all'inizio dell'accesso, si mantiene tale: l'udito riappare poi lentamente, ma in modo imperfetto.

Nella sindrome di Lermoyez i fenomeni sono gli stessi, ma si dispongono in un ordine inverso: mentre nella prima la vertigine apre la crisi, qui la conchiude; in quella essa altera brutalmente lo stato di salute, qui la ristabilisce d'un tratto; in quella induce la sordità più o meno grave, in questa libera l'orecchio nella sua funzione fisiologica.

Si può ben pensare che i fattori della crisi vertiginosa siano gli stessi nelle due serie di casi e, in ultima analisi, le cause di tale vertigine sono egualmente oscure. Ad ogni modo si possono escludere le lesioni dell'orecchio medio; nè le otiti medie catarrali, nè le purulente provocano turbe labirintiche che hanno l'andamento parossistico analogo a quello delle crisi di epilessia.

D'altro canto, il carattere precipuo di tali crisi — di essere parossistiche e recidivanti — no le può fare attribuire a una lesione permanente, ad esempio ad una emorragia: se s'avverasse questa ipotesi, la perdita dell'udito sarebbe difinitiva.

Si deve pensare si tratti di disturbi di circolo. In questi soggetti, in piena virilità, la pressione arteriosa è normale; non v'ha traccia di azotemia. L'A. pensa piuttosto ad *angiospasmi locali* in individui neuro-artritici o gottosi, con una suscettibilità labirintica esagerata sia di fronte agli stimoli esterni (movimenti violenti e prolungati, rumori), sia agli interni (intossicazioni varie, specie d'origine gastro-enterica).

Tali fenomeni rientrerebbero nella categoria delle *crisi vascolari* di Pal, manifestazioni angiospasmodiche che intervengono nel corso di molte malattie; alcuni di questi fatti a carico dell'occhio sono stati controllati con l'oftalmoscopio. Wagenmann osservò un uomo in cui, durante i periodi transitori di amaurosi, si notava la contrazione delle arterie retiniche; i vasi riprendevano il loro calibro normale appena si ristabiliva la visione.

L'arteria uditiva interna che irriga il labirinto (ha due rami terminali, l'arteria cocleare e la vestibolare) dimostra la stessa disposizione dell'arteria oculare e, secondo l'A., nel suo spasmo provoca tutti i fenomeni descritti. La lenta chiusura di detto vaso dà l'anestesia progressiva dell'orecchio (la sordità); ma a un tratto lo spasmo cessa, il sangue si precipita di nuovo nel labirinto, che ne è turbato, donde una sofferenza dell'organo cocleare da un lato — i rumori — e dell'organo vestibolare — la vertigine, — mentre torna con la sensibilità normale dell'orecchio la funzione acustica.

G. BILANCIONI.

Il fascicolo 3° (1° marzo 1919) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

I. Prof. **C. Moreschi:** *Sulla filtrabilità del virus influenzale.*

II. Prof. **G. Tizzoni** e **P. Perrucci**: *Sulla determinazione del potere immunizzante del siero antitetanico a mezzo della stricnina.*

III. Dott. **G. Quarelli**: *Un caso di chiluria intermittente da malaria.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Un caso di ascariosi con sintomatologia rara

per il dott. AURELIO ROTOLO.

Riferisco un caso di ascariosi a sintomatologia atipica che, per la grande rarità con cui si presenta nella pratica, può lasciare il medico perplesso e dubbioso sul giudizio diagnostico.

Il caso che ora m'interessa ha prodotto in me una maggiore confusione diagnostica in quanto trattavasi di una paziente che trovavasi nel periodo puerperale.

Ecco sommariamente la storia clinica:

M... R..., di anni 26. Nulla d'importante nell'anamnesi remota; nell'anamnesi recente degno di nota: La paziente prima di sgravarsi del suo primo figliuolo, si ammalò di una forma morbosa (dolori reumatoidi diffusi, cefalea, anoressia, malessere generale con lingua sporca, bruciore negli occhi, alito fetido). Siccome infieriva l'epidemia d'influenza, tali sintomi furono attribuiti ad una leggera forma grippale. Prese qualche capsula di aspirina e la febbre non fu al di là dei 38 gradi. Dopo tre giorni di degenza la malata fu assalita dalle toglie del parto, il quale si verificò in un periodo di tempo insolitamente breve, per una primipara (appena tre ore). Il secondamento, per atonia uterina, fu molto lento, tanto che, dopo 6 ore di attesa, e nell'assenza assoluta di contrazioni uterine, credetti necessario ricorrere al secondamento artificiale. Nell'uscita del prodotto del concepimento si era prodotta una lieve lacerazione perineale che venne suturata *lege artis*.

Il puerperio ebbe un decorso completamente afebbrile, se si eccettua una lieve elevazione di temperatura al terzo giorno, che scomparve colla somministrazione di un purgante. Dopo 13 giorni la puerpera lasciava il letto dicendo di essere guarita.

Il giorno dopo, però, essa cominciò a lamentarsi di un dolore sordo, gravativo nell'ipocondrio destro, dolore che, per altro, presentava una maggiore o minore intensità nelle varie ore del giorno, e in qualche momento scompariva del tutto. Di notte però i dolori si accentuavano.

La palpazione dell'ipocondrio destro non faceva rilevare nulla d'importante, eccettuato il dolore che non aveva una sede ben definita, sembrando come se si movesse sotto le mani dell'osservatore. Il fegato era in limiti normali, la regione dell'appendice, pur leggermente dolente, non presentava nessuna nodosità o tumefazione che potesse far sospettare una infiammazione appendicolare; il punto di Mac-Burney non accusava un dolore maggiore del resto della regione. Anche l'esame degli annessi uterini fu negativo e l'utero mostravasi in via di normale regressione. Con tutto ciò la paziente rimase in piedi, pensando che tutto fosse passeggero.

Dopo 5 giorni da che essa si era alzata, di sera fu presa da un lieve brivido di freddo, e dopo qualche ora il termometro segnava una temperatura di 38 gradi e mezzo. Durante la notte il dolore nell'ipocondrio destro, con leggere attenuazioni, si mantenne costante. La mattina seguente la malata non aveva più febbre e la palpazione del fianco destro era anche più facile. Tutto sembrava passato, quando alle ore 10 del mattino dello stesso giorno, la paziente veniva assalita di un fortissimo brivido di freddo, a cui si associava una notevole riacutizzazione del dolore nell'ipocondrio di destra. Il brivido durò 45 minuti; la temperatura salì ai 40 gradi. Dopo quattro ore, in mezzo a sudori profusi, la scena così imponente, tornava al normale. Il termometro si era abbassato a 37 gradi, e le codizioni generali della malata si presentavano nuovamente soddisfacenti.

Fui chiamato subito appena iniziatosi l'accesso. Il quesito diagnostico non era dei più facili. È bene notare che Laguna è una regione completamente immune da malaria, poichè qualche caso che raramente è caduto sotto la mia osservazione, apparteneva a località molto lontane dalla città. Esclusi, quindi, a priori, l'ipotesi di un accesso malarico. La prima ipotesi che si affacciò alla mia mente, poichè si trattava di una puerpera il cui secondamento era avvenuto artificialmente, è stata quella di una infezione puerperale, dovuta probabilmente a qualche frammento placentare rimasto nella cavità uterina. Credetti quindi mio dovere, seduta stante, procedere, con le necessarie precauzioni asettiche, ad un accurato esame del collo dell'utero. Questo appariva in condizioni normali; completamente chiuso, non mostrava nessuna ulcerazione e il liquido filante che ne veniva fuori in tenue quantità, aveva l'odore *sui generis* della secrezione vaginale di una donna in perfette condizioni di salute. La sutura perineale era pure guarita per prima intenzione. Anche l'esame degli annessi fu negativo. Scartata quindi l'ipotesi di una infezione puerperale, il campo diagnostico si restringeva.

Poteva trattarsi di un ascesso epatico in formazione, quantunque da noi questa malattia sia molto rara. Ma il carattere della febbre con le sue forti remissioni poteva giustificare questa ipotesi. Un accurato esame del fegato non mise in evidenza nessuna tumefazione essendo il fegato, come già dissi, in limiti normali.

Credetti di escludere anche una calcolosi biliare, non presentando la paziente nè ingrossamento del fegato, nè dolore specialmente localizzato nella regione epatica, e anche perchè il tipo dell'accesso nulla aveva di comune coll'accesso caratteristico della colica epatica da tutti i medici conosciuto. Non presenza di itterizia; nelle urine non notai presenza di pigmenti biliari, e le feci del giorno prima presentavano una colorazione normale.

Procedetti pur nondimeno ad un coscienzioso esame della cistiffellea per vedere se questa fosse o no sede di qualche calcolo incuneato, ma non mi fu dato di mettere nulla in evidenza. Scartai quindi anche questa ipotesi.

Alcuni giorni prima la malata aveva emesso con le feci un verme della varietà ascaridi. Questo fatto, banalissimo, attrasse la mia attenzione. In Laguna la percentuale di persone — tra bambini e adulti — ospiti di vermi intestinali, è straordinaria. Credo di non esagerare calcolando una media dell'80 %. L'ipotesi perciò che potesse trattarsi di un accesso dovuto a vermi intestinali, si affacciò con insistenza alla mia mente, e siccome anche la paziente aveva manifestato il desiderio di prendere un medica-

mento contro i vermi, non esitai a somministrare 20 centigrammi di santonina e calomelano in due capsule, e dopo qualche ora 50 grammi di olio di ricino.

La somministrazione dell'antielmintico provocò forti dolori intestinali, malessere generale, xantopsia, nausee e vomiti, probabilmente dovuti al rapido assorbimento del medicamento.

Dopo l'ingestione dell'olio di ricino la paziente emise con le feci, molto fetide, sei vermi ascaridi della lunghezza di 20 cm. circa, tutti attorcigliati tenacemente fra loro in modo da formare un resistentissimo nodo. Subito dopo i dolori nella regione dell'ipocondrio destro diminuirono e il giorno dopo erano completamente scomparsi. Nelle deiezioni consecutive furono emessi ancora tre ascaridi morti. La febbre, con leggere remissioni, si mantenne per altri due giorni finchè scomparve del tutto. La paziente dopo 8 giorni lasciava il letto in buone condizioni.

Credo che la diagnosi di ascaridi intestinale, da me emessa, sia l'unica che possa giustificare la sindrome morbosa riferita. Infatti la quasi immediata cessazione del dolore, del malessere generale, la graduale scomparsa della febbre, dimostrano che tra la presenza degli ascaridi nell'intestino e la sintomatologia sommariamente descritta, esiste un vero rapporto di causa ad effetto. Ritengo tanto più degna di nota la comunicazione di questo caso in quanto, che io sappia, non vedo citato in nessuno dei trattati di medicina che vanno per le nostre mani, un accesso di brivido così imponente e con temperatura così alta e sudori profusi come quello che ho descritto. È vero che nei bambini io ho notato parecchie volte accessi febbrili molto sensibili che scomparivano con la somministrazione di antielmintici, ma negli adulti il caso è molto più raro. Perciò credo opportuno richiamare l'attenzione dei colleghi sopra queste eventualità che mettono in grande imbarazzo il medico e che sono dovute a cause del tutto banali.

Laguna (Brasile), 5 gennaio 1919.

Un caso di ascaridi lombricoidi fuoriusciti dall'ombelico

per il dott. Rocco Bellantoni.

I casi dell'ascaride lombricoide fuoruscito dalla parete addominale non sono nella letteratura medica molto frequenti: credo per questo di riferire il presente, anche perchè sullo stesso soggetto si è ripetuto tre volte.

P... ..., da Scilla, all'età di a. due presentò una tumefazione in corrispondenza della cicatrice ombelicale, da cui, dopo giorni, fuoriuscirono degli ascaridi piuttosto grossi.

Il bambino si rimise: dopo un anno circa si ripresentò la tumefazione al medesimo punto e si verificò nuovamente fuoriuscita di ascaridi, dopo di che di nuovo il paziente si ristabilì.

Ancora dopo un anno ebbe fuoriuscita di altri ascaridi seguita da nuova guarigione.

In tutto egli ha espulso per la detta via quattordici ascaridi.

Durante i periodi intercorrenti il ragazzo godeva discreta salute: sono di già trascorsi tre anni dall'ultima emissione senza altri fastidi attribuibili agli ascaridi.

Attualmente in corrispondenza della cicatrice ombelicale si nota una cicatrice spianata di colorito violaceo: non si rileva altro di notevole.

Io ho avuto occasione di osservare il detto caso per altra malattia intercorrente.

Scilla, (Reggio Calabria), 3 febbraio 1919.

COMMENTI.

Ancora la profilassi chininica nell'influenza.

Riceviamo:

Ho letto con vera soddisfazione le due note sulla profilassi chininica dell'influenza, comparse nei nn. 6 e 10 di cotesto *Policlinico*, « Sezione Pratica ».

Ho avuto anch'io occasione di constatare che nell'Ospedale Militare di Riserva di Lanzo Torinese — ove vennero ricoverati nei mesi di settembre, ottobre e novembre u. s., ben 612 malarici provenienti direttamente da zona di guerra (di cui alcuni in stato veramente cachettico) — non si verificò neppure un caso d'influenza, mentre nel paese tale morbo infieriva in modo violento e letale.

Credo in modo assoluto che tale immunità è stata conferita dalla cura chininica rigorosa a cui erano assoggettati tali ammalati — secondo le norme prescritte dal Ministero della Guerra (Ispettorato di Sanità).

Il Direttore dell'Osp. Militare di Riserva di Lanzo Torinese
Camerano dott. Alessandro.

Il fascicolo 3° (15 marzo 1919) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene i seguenti lavori:

I. Prof. **I. Scalone**: *Sulle indicazioni operatorie nei casi di permanenza di proietili nel cuore.*

II. Dott. **C. Oliva:** *Influenza dell'anestesia eterea e cloroformica ripetuta sulle variazioni numeriche dei globuli bianchi.*

III. Dott. **P. Amorosi:** *Emorragie secondarie.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 30 gennaio 1819.

Sulla legatura del canale di Stenone come mezzo di cura delle fistole salivari cutanee della porzione masseterina del dotto.

DONATI prof. MARIO (Direttore R. Clinica chirurgica). — L'O. presenta un giovane, il quale in seguito a ferita da scheggia di granata alla guancia sinistra, riportata il 7 luglio 1917 e guarita, perchè infetta, soltanto dopo 52 giorni, soffriva per una fistola salivare residuata alla cicatrizzazione della ferita. L'orificio fistoloso risiedeva a livello della porzione masseterina, aveva 3-4 mm. di diametro ed era circondato da larga zona di tessuto cicatriziale; esso conduceva all'esterno tutta la saliva che fluiva dalla ghiandola.

L'operazione fu eseguita il 21 dicembre 1918 con anestesia locale. Esciso un blocco di tessuto cicatriziale comprendente l'orificio fistoloso e circa un cm. del tramite, fu riconosciuta in profondità e individualizzata bene per circa mezzo cm. la parete del capo centrale del dotto di Stenone, il cui tratto periferico invece non fu reperibile; venne allora eseguita la chiusura del moncone centrale con un punto a borsa di tabacco, e, mobilizzati i lembi cutanei ed aponeurotico, fu chiusa la ferita con tre piani di sutura (due profondi con catgut, il cutaneo con seta).

Dopo l'atto operativo fu concesso liberamente all'operato di mangiare e di parlare; la guarigione fu perfetta, per prima intenzione, senza la più piccola molestia.

L'O. trae occasione dal caso illustrato per trattare l'argomento della cura delle fistole salivari del dotto di Stenone ed in particolare di quelle della porzione masseterina, ricordando e valutando rapidamente i numerosissimi e spesso tanto complicati metodi escogitati dai chirurghi per ripristinare il deflusso della saliva nella cavità boccale. Rileva come debba ritenersi che in molti di questi casi la guarigione sia stata raggiunta non già con la desiderata reintegrazione della via di deflusso nella bocca, ma con obliterazione del canale. Cosicchè la legatura del dotto stenoniano, tuttora accusata di così gravi conseguenze anche da autorevolissimi autori, si deve considerare in realtà un intervento semplicissimo e sicuro, applicabile a molti casi e probabilmente alla maggioranza delle fistole masseterine a preferenza di altre operazioni complesse e di risultato incerto. Quanto alla soppressione della funzione della parotide, che si determina con la legatura del dotto, così come con la resezione del nervo auricolo-temporale, non è causa di inconvenienti locali o generali.

La semplicità del decorso nel caso presentato e la rapidità della guarigione ottenuta, sono in accordo coi dati delle ricerche sperimentali (Rolando-Marzocchi e Bizzozero) e con quelle dell'esperienza clinica di alcuni chirurghi francesi specialmente del Morestin.

Prof. P. FIORI. — A conferma di quanto ha riferito il prof. Donati, l'O. cita un caso di personale osservazione. In un soldato, ferito nel maggio 1916 alla guancia sinistra da scheggia di granata, era conseguita una fistola salivare per completa interruzione dal dotto di Stenone, a livello del margine anteriore del massetere.

L'apertura fistolosa, trattata dal chirurgo curante colla cauterizzazione profonda, finì col guarire e ad un anno di distanza la guarigione mantenevasi completa. Il sondaggio del dotto di Stenone dalla bocca praticato dall'O. ne dimostra la obliterazione, confermata dall'assenza di ogni scolo salivare dall'apertura boccale del dotto stesso.

A carico della parotide corrispondente, nulla di notevole.

Del fatto, del resto, si hanno esempi di analogia in altri campi e l'O. rammenta come alla obliterazione sperimentale completa dell'uretere possa non conseguire alcun aumento di volume del rene corrispondente, in grazia di una sospensione funzionale della ghiandola.

E così, anche per l'obliterazione totale del dotto salivare pare non debbano avverarsi, almeno nella misura da parecchi AA. voluta, i danni paventati nei riguardi della ghiandola salivare (ritenzione, infezione).

Il metodo di cura delle interruzioni complete del dotto di Stenone, colle modalità prospettate dal prof. Donati, merita quindi la massima considerazione.

Prof. FRATTINI. — Espone qualche particolare sul proprio metodo di cura della fistola della prima porzione del dotto di Stenone, ricordato dal prof. Donati. È d'accordo, però, nell'ammettere che se, come anche il caso dal prof. Donati presentato concorre a dimostrare, gli inconvenienti descritti da alcuni chirurghi risultassero costantemente infondati, o molto esagerati, la legatura del dotto sarebbe in tali casi preferibile ad ogni tentativo di ricostruzione plastica, trattandosi di operazione molto più semplice e di effetto sicuro per la guarigione della fistola.

Prof. PES. — Domanda al prof. Donati se la fistola da lui descritta, compresa in denso e sclerotico tessuto di cicatrice, era capillare ovvero di maggior calibro, e ne prende occasione per ricordare casi di fistola della glandola lagrimale orbitaria, consecutiva ad estesi traumatismi interessanti la regione oculo palpebrale, da lui curati con la distruzione chimica dell'epitelio rivestente il tragitto fistoloso capillare, cui seguì la formazione di una cicatrice obliterante.

Corpo estraneo del bronco destro, tracheotomia inferiore, broncoscopia, estrazione, guarigione rapida.

DONATI prof. MARIO (Dirett. Clin. Chir.). — L'O. presenta un dente incisivo artificiale montato su apparecchio amovibile di caucciù e munito di due ganci d'oro per la fissazione agli incisivi vicini, il quale è stato da lui estratto dal bronco destro di un paziente che lo aveva aspirato durante un violento accesso di tosse.

Il voluminoso corpo estraneo, ben visibile alla radioscopia e sulla lastra radiografica, erasi arrestato alla biforcazione del bronco destro, penetrando in parte nella branca superiore. Ritenendo preferibile alla broncotomia l'estrazione per le vie naturali, l'O. eseguì, previa anestesia cloroformica, la tracheotomia inferiore; sospesa quindi l'anestesia e posto il capo del paziente in posizione di Rose, introdusse attraverso la ferita tracheale il tubo del broncoscopio munito del manico autotropico di Kahler.

Ad onta che la manovra avesse determinato un certo stimolo alla tosse, fu facilissimo rendersi conto della posizione esatta del corpo estraneo e quindi afferrarlo fra le due piccole branche dell'apposita pinza da corpi estranei, ed infine ritirarlo insieme al tubo broncoscopico. La ferita della trachea fu suturata con due punti non penetranti di catgut e la ferita delle parti molli fu chiusa parzialmente con sutura. Il drenaggio fu rinnovato a giorni alterni fino al decimo giorno, usando una striscia di garza imbevuta di ambrina. Al decimo giorno la ferita fu medicata a piatto, e dopo altri sette giorni la cicatrizzazione era completa.

Tranne un'elevazione di temperatura massima a 38,02 in seconda giornata, il decorso post-operatorio fu del tutto apiretico e senza alcuna complicazione polmonare o bronchiale.

Il caso è interessante, oltrechè per l'insolito volume e la natura del corpo estraneo, anche come dimostrazione dei grandi servigi che può rendere in simili contingenze la tracheo-broncoscopia, risparmiando interventi senza dubbio gravi come la broncotomia posteriore e mettendo rapidamente i pazienti al riparo dalle conseguenze di regola così serie della penetrazione di corpi estranei nei bronchi.

La lussazione dorsale perilunare del carpo con o senza fratture associate di ossa carpali (con proiezioni).

DONATI prof. MARIO (Dirett. Clin. Chir.). — L'O. illustra sulla base di numerose radiografie e con presentazione di ammalati, otto casi di lesioni traumatiche del carpo che erano state tutte misconosciute e sulle quali perciò stima opportuno richiamare l'attenzione, tanto più che si tratta di lesioni poco note sebbene forse più frequenti di quello che non si creda. Anche l'anatomia patologica, il meccanismo di produzione e la terapia di queste lesioni danno luogo tuttora a discrepanze, i poco chiari concetti anatomo-clinici determinando sensibili differenze nella stessa terminologia. In generale la lesione in parola è descritta col nome di lussazione del semilunare; se però è vero che in alcuni casi il semilunare è spostato, così da doversi parlare di *dislocazione* di quest'osso, è altresì indubbio che quasi sempre il semilunare è nella sede normale, mentre sono spostate indietro e in alto le altre ossa del carpo, tanto della prima, come della seconda serie. Si tratta cioè di una vera e propria *lussazione dorsale del carpo* alla quale non partecipa il semilunare e che può dirsi *perilunare* (Kienböck), perchè sono spostate le ossa che al lunare fanno corona.

Interessante è il comportamento dello scafoide, che talora è dislocato (non lussato) per rotazione sul suo asse trasversale, ma per lo più è fratturato; nel qual caso, il frammento prossimale resta in sito come il semilunare, mentre il frammento distale segue il carpo nel suo spostamento in alto e in dietro. E poichè, come risulta da ciò che si è detto, il capitato si sposta insieme alle altre ossa del carpo, anche la denominazione di « lussazione dorsale del grande osso » (Delbert, Lilienfeld) è errata.

L'O. illustra ampiamente la sintomatologia e mette in evidenza le gravi conseguenze funzionali di queste lesioni, dimostra i vantaggi ottenuti in un caso con la asportazione del semilunare e del frammento prossimale dello scafoide, e l'importanza che avrebbe la diagnosi precoce nei riguardi di una adeguata terapia.

Si occupa pertanto della diagnosi differenziale con le più comuni e più note lesioni traumatiche del polso.

Prof. R. SIMONINI

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Le dispepsie ribelli.

In tutti i casi in cui un dispeptico, sottoposto al regime, al riposo ed al trattamento classico, non migliora rapidamente, occorre cercare qualche irritazione organica. In realtà non è da negarsi l'elemento nevrotico, specialmente nelle dispepsie di guerra, ma bisogna convincersi (C. Nordman, *Presse médicale*, 30 nov. 1918) che spesso, dietro l'etichetta di gastroneurosi e di dispepsia banale, si nasconde una vera lesione, che va ricercata.

Molti dispeptici esagerano le loro sofferenze: la vera simulazione però è abbastanza rara, ed è più frequente invece per i disturbi intestinali. I sintomi dispeptici sono difficilmente simulabili e raramente il simulatore si priva per lungo tempo di nutrimento.

Talvolta invece i dispeptici sono dei colitici con dispepsia e vomiti secondarî; l'A. ha veduto e riferisce qualche caso in cui i disturbi dispeptici ed il decadimento generale erano da attribuirsi ad infezione amebica.

Molti dispeptici non sono che dei tubercolotici; l'individuo dimagra, ha digestioni rallentate; lo esame fisico, chimico, radioscopico non rivela nulla di importante. Con un po' di riposo e di regime si ottiene qualche miglioramento; l'individuo riprende il suo servizio e qualche tempo dopo si rivelano netti i sintomi tubercolari. Occorre per evitare simili errori, prendere regolarmente la temperatura, esaminare attentamente il polso (tachicardia, instabilità, ipotensione).

Altri dispeptici ribelli sono i portatori di una ulcera gastrica con vomiti, quando i sintomi non son netti e si ha p. e., il dolore localizzato alla regione mediogastrica, che interviene subito dopo i pasti, con vomiti precoci. All'ulcera occorre sempre pensare quando uno stomaco rimane dolente malgrado il riposo ed il regime severo.

È inutile insistere poi su altre lesioni più gravi, quali il carcinoma, la cirrosi epatica, l'appendicite cronica, che possono diagnosticarsi più facilmente, sebbene, siano talora causa di incertezza, specialmente per quanto riguarda il carcinoma.

FIL.

La costipazione abituale nei bambini.

H. Dorlencourt (*Le Nourrisson*, genn. 1918, rif. in *Journ. Am. med. Assoc.*); limita le sue osservazioni ai bambini nutriti unicamente con latte, sia al seno, sia al poppatoio. Egli ritiene che un bambino, con una sola defecazione al giorno, sia già sospetto di costipazione, questa è poi confermata se passano due o tre giorni senza defecazione.

Ai purganti od ai lassativi, si deve ricorrere soltanto come *ultima ratio*: in qualche caso possono essere utili gli enteroclismi caldi, con soluzione fisiologica, emulsione oleosa od olio puro. Sono controindicati nell'atonia, che ne verrebbe accresciuta col loro uso, mentre i frequenti lavacri toglierebbero alla mucosa le ultime tracce di sensibilità: in tali casi vanno eventualmente fatti con piccole quantità di liquido freddo. Ad ogni modo l'enteroclisma non deve mai usarsi abitualmente.

Per un trattamento razionale, occorre rintracciare la causa della costipazione: quando questa è connessa con atonia, si devono applicare i rimedi adatti a stimolare l'organismo, fra cui il bagno generale salino, seguito da strofinazioni con alcool, oppure con piccolissime quantità di trementina.

Quando si ritiene che l'atonia sia causata da debolezza dei riflessi (anestesia della mucosa), si otterranno buoni risultati, introducendo nel retto una cannula ad estremità ottusa od un agitatore di vetro; lo si lascia in contatto con la mucosa per qualche minuto, muovendolo delicatamente. La presenza di questo corpo estraneo, il suo strofinìo contro la mucosa, provoca un riflesso evacuatore. Questo semplice metodo può trattarsi in tutte le forme di costipazione, ed ha numerosi vantaggi sugli altri.

Quando la costipazione è associata con un grosso addome flaccido, il bambino porterà costantemente una larga fascia di flanella sull'addome, estesa fino al torace. Nelle forme con segni di ipertonicità, invece dei bagni salini, si faranno bagni tiepidi, tenendo poi per parecchie ore al giorno delle compresse calde sull'addome. Quando l'atonia è associata all'ipertono, si terrà il bambino a lungo fuori di casa; le passeggiate all'aria libera stimolano gli atonici e calmano i nervosi.

Il passaggio di feci dure provoca erosioni della mucosa anale; il dolore, che ne consegue, trattiene il bambino dal soddisfare il bisogno di defecare ed induce lo spasmo dello sfintere.

Il nitrato d'argento guarirà la ragade e la cura della costipazione romperà il circolo vizioso.

I purganti e lassativi possono cagionare una diarrea peggiore della costipazione, e possono essere seguiti da aggravamento della costipazione. Marfan dà la preferenza al citrato di sodio (grammi 1,5-2 al giorno). Non si deve mai usare nella costipazione, il calomelano, che può produrre una grave enterocolite acuta dissenteriforme.

Nel caso di ipertono o spasmo è consigliabile

la belladonna, in forma di polvere (milligr. 4 per ogni anno d'età) unita con un lassativo blando, come la podofillina; bisogna stare attenti a non prescriverla con i sali di magnesio, che hanno azione perfettamente opposta. FIL.

Sindrome addominale dolorosa nell'enterite cronica degli amebici.

Sono note nei loro classici quadri e nella loro patogenesi (lesioni locali) le crisi dolorose e le sofferenze addominali degli amebici nella fase acuta della malattia e nei periodi di relativa tregua.

Una categoria di malati accusa senso di molestia, di pesantezza, di stiramento sopratutto localizzati alla regione epigastrica e paraombelicale. Talora le sofferenze raggiungono il grado d'un vero dolore, s'accompagnano a profondo malessere, influiscono sull'equilibrio morale del malato.

Tale peculiare sindrome dolorosa il Deglos (*Paris méd.* 13 luglio 1918), ha riscontrato con grande frequenza nei dissenterici cronici, quando dopo i primi accessi e le prime recidive, specialmente se la malattia non sia stata riconosciuta e curata, lo stato generale si aggrava per una impressionante perdita di peso. In essi a livello della parete addominale il pannicolo adiposo scompare rapidamente, la cintura muscolo aponeurotica non esercita più la sua azione contentiva, per diminuzione di tono e di elasticità, e si determina la ptosi del pacchetto intestinale. Tale ptosi che non esiste negli altri dissenterici, è confermata dall'indagine radiologica portata su tali soggetti.

La sindrome dolorosa epigastrica, prescindendo dai rari casi nei quali può esistere come causa occasionale l'aereofagia, trova secondo l'A. la spiegazione in uno stiramento che, a causa della ptosi viscerale, subiscono i filetti nervosi simpatici che provengono dal plesso solare, celiaco etc.

I malati trovano un netto miglioramento nei mezzi adatti a annullare i dannosi effetti della ptosi: bisogna cercare al più presto di far riprendere ai malati il loro peso, istituire una ginnastica addominale destinata a rinforzare la cintura muscolare e consigliare temporaneamente l'uso di una panciera. *t. p.*

TERAPIA.

La chirurgia nei diabetici.

Secondo M. Labbé (*Annales de Méd.*, 1918, n. 5), il pericolo negli interventi chirurgici nei diabetici è legato a due ragioni principali:

1° l'iperglicerina;
2° l'acidosi.

L'iperglicerina favorisce la suppurazione, la acidosi porta con fatale frequenza al coma postoperatorio. Le complicanze dovute all'iperglicemia non sono d'ordinario per loro natura molto pericolose, e spesso si può abbassare la iperglicemia con conveniente dieta, col digiuno stesso per attenuare i danni. Ma l'acidosi costituisce il pericolo grave, ed essa è legata alla natura del diabete, al genere dell'atto operativo, all'anestesia adoperata.

Nei diabetici con denutrizione e acidosi gli atti operativi più insignificanti presentano una eccezionale gravità, il cloroformio è fatale.

Nei diabetici senza denutrizione ma che presentano delle poussées di acidosi, il pericolo è anche grande, ma la resistenza del malato è più forte; si vedono soggetti sopportare l'atto operativo e l'anestesia generale.

Nei diabetici senza denutrizione e senza acidosi i pericoli sono minori, ma non del tutto inesistenti: l'acidosi può comparire e con essa il coma.

I grandi traumatismi operatori sono i più pericolosi; ma anche le piccole operazioni, e perfino l'emozione preoperatoria può determinare l'aumento dell'acetone e dell'acido diacetico nelle urine.

L'anestesia più dannosa è la cloroformica. Il cloroformio, secondo le ricerche di Nicloux determina una sottrazione di alcali dai tessuti in proporzione notevole e come conseguenza una tendenza all'acidificazione; ma l'organismo sano si difende, il diabetico cade nell'acidosi e nel coma. Il pericolo maggiore è per il diabetico, con denutrizione ed acidosi; con ogni probabilità il danno è legato principalmente alla tendenza del cloroformio a colpire il fegato.

L'etere è meno nocivo del cloroformio, ma anche esso è elemento infido, da usare con precauzione sui diabetici.

Il cloruro di etile, anche per anestesie piuttosto prolungate è il meglio sopportato: il dottor Boureau ha comunicato all'A. di avere addormentato con questo procedimento 17 diabetici, di cui 6 avevano acetomeria, senza alcun inconveniente.

Per le operazioni, nelle quali possono essere utilizzate, la rachianestesia e l'anestesia locale con la cocaina, stovaina, novocaina sono da preferirsi, poichè non provocano acidosi.

Una terapia alimentare (vegetariana o lattea) e medicamentosa (bicarbonato di sodio), che combattano l'acidosi, possono, prima dell'operazione, diminuire i pericoli.

Un malato osservato dall'A. fornisce un esem-

pio quasi schematico: un diabetico con acidosi dovette subire successivamente con qualche giorno d'intervallo l'amputazione di due dita del piede, colpiti da gangrena locale: le due operazioni furono identiche, ma la prima volta il malato prese, prima dell'operazione, 30 gr. di bicarbonato di sodio e il resultato fu eccellente; la seconda volta questa precauzione fu trascurata e il malato cadde in coma e morì.

L'A. è contrario alle iniezioni di glucosio prima dell'operazione per diminuire l'acidosi. Ma, al di fuori di queste condizioni, vi sono successi ed accidenti impreveduti, legati a condizioni, non ben conosciute e che influiscono sull'acidosi.

L'A. riassume il suo pensiero nelle seguenti conclusioni:

1) Nei diabetici non bisogna intervenire che per operazioni indispensabili. Ma è meglio operare, che lasciar svolgersi e generalizzarsi una infezione, la quale può uccidere il malato per setticoemia o per l'acidosi che essa provoca.

2) Prima dell'operazione, bisogna sottomettere il paziente a conveniente regime alimentare, regime misto con poca carne e riduzione degli idrati di carbonio, se il malato non ha acidosi, regime di legumi secchi o di avena o di latte, se il diabetico presenta acidosi; infine somministrazione di dosi sufficienti di bicarbonato di sodio.

3) Immediatamente prima dell'operazione bisogna evitare l'abituale digiuno.

4) Per l'anestesia preferire, quando è possibile, l'anestesia locale con la coçaina o succedanei, l'anestesia lombare; se è necessaria la anestesia generale, dare la preferenza al cloruro d'etile.

5) Dopo l'operazione somministrare bicarbonato sodico per bocca, o per iniezioni endovenose a dose tale da alcalinizzare le urine. La cura alcalina deve esser continuata finchè le reazioni rivelatrici dell'acidosi siano scomparse. La nutrizione comincerà dai brodi di legumi, ai purées, al latte.

t. p.

RICETTARIO.

Contro la tosse nella influenza.

1. Tintura di aconito . . . . gocce XX
   Acqua di lauro ceraso . . . gr. 5
   Sciroppo di belladonna . . . gr. 10
   Sciroppo di codeina
   Sciroppo del Tolù
   anagr. 30
   Infuso di tiglio gr. 100

un cucchiaio ogni tre ore.

2. Estratto di radice di aconito
   Estratto di belladonna
   Estratto di datura
   Codeina
   anamilligr. 5
   Balsamo del Tolù
   Balsamo del Perù
   anacentigr. 5

per una pillola: 4-6 pillole ogni 24 ore.

a. a.

Per la cura della laringite acuta.

Polverizzazioni con le seguenti soluzioni:

Acido fenico . . . . ctgr. 50
Glicerina neutra . . . . . . gr. 50
Cloridrato di cocaina . . . . ctgr. 50
Acqua distillata . . . . . . gr. 450

oppure:

Mentolo . . . . ctgr. 20
Alcool . . . . gr. 20
Tintura di bensoino . . . . gr. 5
Cloridrato di cocaina . . . . ctgr. 50
Acqua distillata . . . . . . gr. 500

Come calmante per via interna:

Bromoformio . . . . gr. 2
Alcool a 90° . . . . gr. 5
Tintura di belladonna. . . . gr. 3
Sciroppo di codeina . . . . gr. 20
Sciroppo del Tolù. . . . . gr. 120

5-10 cucchiai al giorno.

a. a.

Contro le fermentazioni gastriche.

1. Fluoruro d'ammonio . . . . cgr. 80
   Acqua distillata . . . . . . gr. 250

un cucchiaio dopo ogni pasto.

2. Fluoruro di calcio . . . . . cgr. 2
   Lattosio . . . . cgr. 50

una cartina dopo ogni pasto.

3. Solfato di soda, Fosfato di soda, Bromuro di sodio } . . . anagr. 3
   Acqua distillata . . . . . gr. 300

un cucchiaio dopo ogni pasto.

a. a.

Iniezioni guaiacol-jodoformiche per bambini.

Sp. Guaiacolo . . . . centigr. 25
Iodoformio . . . . centigr. 5
Olio di mandorle dolci steril.
q. b. per cmc. 5

S. Da iniettarne nei glutei 2-5 cmc. ogni volta (Secondo Leroux nei bambini con gravi lesioni polmonari, quali tubercolosi, ascesso, bronchite fetida, ecc.).

G. SABATINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1056) *Trattamento dei ronzii da otite media cronica.* — Al dott. A. I. da B.:

Occorre anzitutto bene stabilire la causa dei rumori entotici, subiettivi o labirintici, continui o discontinui, escludendo quelli periotici, quali soffi vascolari della carotide, polso carotideo, rumore di trottola (*bruit du diable*) nelle clorotiche.

Un soggetto può essere affetto da otite media catarrale cronica — una delle affezioni più di frequente generatrici di acufeni — e al tempo stesso essere un arteriosclerotico, un iperteso, un nefritico cronico e in tal caso non basterà più la cura locale causale (cateterismo e instillazioni *per tubam* nella cassa timpanica di adrenalina o di pilocarpina, ecc.), ma si dovrà provvedere con rimedi generali (ioduri, teobromina, ecc.). Occorrerà in altri casi osservare se l'otite cronica abbia dato prevalenti e dominanti fatti d'irritazione labirintica e allora i rumori rientrano nella sintomatologia del labirintismo e vanno curati in conseguenza.

Ad ogni modo contro i rumori subiettivi, in linea generica (poichè, ripeto, dobbiamo individualizzare caso per caso) si usano, oltre i bromuri, l'aconito, la fenacetina, la morfina, anche le seguenti formule:

P. Tintura di valeriana . .
Id. di arnica montana . .
Id. di cimiciphuga racemosa . . . . . . } ana gr. 15

S. a gocce, 2-3 dopo il pasto serale, da XX a XXX in acqua.

oppure:

Acqua coobata di lauroceraso gr. 10
Glicerina pura . . . . . . gr. 20

S. a gocce, da 4 a 5 tre volte al giorno nel condotto uditivo.

o la seguente:

P. Tintura di valeriana. . . . gr. 20
Ergotina dializzata (Erba). . gr. 1

S. 30 gocce in un poco d'acqua zuccherata, due volte al giorno.

Si è pure tentata l'elettroterapia. I ronzii legati ad ipertensione arteriosa migliorano con la d'Arsonvalizzazione. Bergonié usa con vantaggio la faradizzazione se il ronzio è in rapporto con otite media iperplastica. Altri ha risultati lodevoli dalla galvanizzazione oculo-cefalica.

G. BILANCIONI.

(1057) All'abb. n. 3422:

Un buon trattato, sebbene non recentissimo, è quello del FINGER: *La blenorragia degli organi sessuali e le sue complicazioni.* Traduzione italiana di T. PIZZINI, con note ed aggiunte di A. BERTARELLI. Unione tipogr. editr.

È da raccomandare molto anche il volume del prof. CAMPANA. *Mestrui venerei e sifilitici* edito dalla stessa Casa.

V. MONTESANO.

(1058) All'abb. n. 10395:

Il Lejars rimane sempre il migliore trattato di piccola chirurgia quotidiana e d'urgenza: vi si trova quanto è indispensabile ed anche nozioni più ampie, per chi desidera di più.

F.

(1059) All'abb. n. 7943:

Rispondono ai requisiti richiesti i seguenti manuali di tecnica medica:

GUMPRECHT: *Tecnica della terapia speciale.* (Trad. Guglielmotti). — F. Vallardi,, editore.

MARIANI: Tecnica medica. — F. Vallardi, edit.

SERGENT: *Tecnica di clinica medica e semejogia.* — Soc. ed. libraria.

t. p.

(1060) Al dott. A. T. da S. C. L.:

Consigliamo il Manuale di Psichiatria di A. Morselli. Trattati più diffusi sono quelli di Bianchi e di Tanzi e Lugaro. Come trattato di malattie nervose è consigliabile l'Oppenheim o l'Allbutt. In Italia si pubblicano buoni giornali di neurologia come i *Quaderni di Psichiatria*, gli *Annali di Nevrologia* e la *Rivista di Patologia nervosa e mentale.*

dr.

(1061) Al dott. L. V. da N.:

Consulti il libro di A. Morselli: *La tubercolosi nella etiologia e nella patogenesi delle malattie nervose e mentali.* - Unione Tipografico-Editrice Torinese.

dr.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

DELITALA prof. F. *Le deformità del ginocchio da artrosinovite.* — II edizione. Un vol. in-8, di 180 pag., con 58 fig. Licinio Cappelli ed. Bologna. Prezzo L. 8.

Lo studio delle alterazioni, che sogliono verificarsi in seguito ai diversi processi infiammatori del ginocchio, è di particolare interesse per l'ortopedico, che si preoccupa, principalmente delle deformità, che ne derivano. Fin qui, la maggior parte degli autori aveva considerato solamente una parte del problema, quella cioè specialmente connessa con le artro-sinoviti tubercolari. L'A. invece, pur senza le pretese di una trattazione sistematica, ha scelto fra il ricco materiale dello Istituto Rizzoli di Bologna, quei casi, che meglio si prestavano sopratutto a trarre utili principî profilattici e curativi. Il volume, che è già alla seconda edizione, è quindi diretto specialmente ai pratici, ai quali, con le numerose storie cliniche, le nitide illustrazioni, potrà essere di evidente utilità.

ini.

Dott. IGNAZIO DI PACE. *Il tifo esantematico* (Etiologia - Profilassi - Cura). — Estratto da *Folia medica*.

È una interessante monografia di circa 100 pagine, divisa in tre capitoli.

Nel primo l'A. discute, con ricchezza di conoscenze, di tutto ciò che noi sappiamo, fino a oggi, di incerto e di certo sulla etiologia del tifo esantematico, dimostrando una stringente dialettica polemica specialmente ragionando della propagazione e trasmissione della malattia.

Nel secondo egli descrive la biologia del pidocchio delle vestimenta e passa in rassegna critica i mezzi di profilassi individuale e sociale consigliati, indicandone quelli che le sue indagini gli hanno dimostrato di effetto sicuro o meno dubbio.

Nell'ultimo, dopo aver rilevata tutta la incertezza dei tentativi vaccino-terapici e siero-terapici e della terapia generale, si ferma, con mano sicura e agile, sulla cura sintomatica.

Tutta la monografia si legge — come si dice — d'un fiato, con piacere, per la forma piana, facile e scorrevole, che fa seguire senza fatica intellettuale anche le discussioni dottrinarie, e per tutto il contenuto di viva praticità che ha la parte dedicata alla cura.

a. a.

VARIA.

L'invenzione di un neurologo. — Il « Giornale d'Italia » del 18 marzo dà notizia di una invenzione di guerra del prof. Ugo Cerletti, libero docente di neurologia presso l'Università di Roma. Consiste in speciali spolette di artiglieria, che determinano l'esplosione a scadenza di proiettili, mine, ecc. Esse sono state perfezionate notevolmente dall'inventore in questi ultimi tempi.

Nella loro forma primitiva vennero copiate — — a quanto pare assodato — dai tedeschi, i quali se ne sono valsi largamente durante la loro ritirata.

Il prof. Cerletti ha avuto a suo tempo l'appoggio del ministro Dall'Olio, dell'on. Bignami, dell'on. Chiesa, dei generali Diaz e Badoglio.

Per invito del Governo francese ha fatto anche degli esperimenti in Francia, nel campo di Bourges.

La nuova arma è stata applicata dagli eserciti alleati e trovata utilissima.

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

TRAMBUSTI ARNALDO: Medicina di guerra (Discorso). — Sestri Ponente, 1918.

RIVERO RODRIGUEZ: Notas clinicas de cirugia. — Caracas, 1917.

CAVAZZANI EMILIO: Ulteriore contributo allo studio della circolazione del sangue nel cervello dell'uomo. — Firenze, 1918.

CORTESI ANGELO e BONOLA FRANCESCO: Sugli spostamenti dei corpi estranei nell'asse cerebrospinale. — Napoli, 1918.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Un monito necessario.

A nessun medico, speriamo, sarà sfuggita la importanza dell'ordine del giorno votato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici di Roma contro certi metodi ciarlataneschi adoperati in questi ultimi tempi per vantare le virtù miracolose di droghe, erbe, sieri e filtri di ogni genere. Un giornale politico lo ha definito un monito opportuno, noi lo riteniamo un monito necessario e che fin troppo si è fatto attendere.

I fogli quotidiani sono pieni di annunzi che costituiscono una offesa continua, ininterrotta quanto finora indisturbata, alla dignità della professione medica, quando non offendono il buon senso comune. Questi annunzi, affidati alle penne più o meno esperte e più o meno pure di medici o di sedicenti medici, hanno acquistato, o almeno pretendono di avere, una forma ed un contenuto scientifico. Qualcuno è illustrato anche da figure che, non si può negarlo, possono avere un grossolano potere suggestivo sul grosso pubblico avido di comprare la salute da qualsiasi mercante ed a qualunque prezzo.

È la storia di Dulcamara che si ripete Mutano le forme ed i mezzi, non muta l'animo e la sostanza. La civiltà moderna non richiede la esibizione del ciarlatano sulle pubbliche piazze. Con minor sforzo si ottengono maggiori risultati. Ora c'è il giornale che, senza alcun rischio o pericolo e più diffusamente, può far conoscere al gran pubblico le virtù preclare e i portenti infiniti del ciarlatano e delle sue ciarlatanerie che ora più che mai possono dirsi ben note allo universo e in altri siti. A vero dire sarebbe difficile trovare differenze tra il discorso che il povero Dulcamara ripeteva stereotipicamente in ogni villaggio per vantare il proprio elisire capace in un sol giorno di spopolare gli ospedali, di far belle le donne e di dare il vigore amoroso agli uomini, e gli annunzi giornalistici di seconda, terza e quarta pagina, i quali decantano la mirabile potenza di medicamenti capaci di guarire tutto: la gotta e l'influenza, il diabete e la sifilide, l'impotenza e l'epilessia. Non esagero. Chi segue questa specie di letteratura avrà letto di un siero che guarisce tutte le malattie.

L'unica differenza sta in ciò che mentre il dottor Dulcamara non poteva ritentare la fortuna in un medecimo luogo senza pericolo per la incolumità personale, i moderni ciarlatani prosperano nell'ombra e se vogliamo, hanno un pubblico più civile sì, ma anche più... indulgente.

Naturalmente tutti i medicamenti del genere hanno un'azione specifica per le malattie predominanti secondo i luoghi ed i tempi. Ma vi sono malattie che sempre e dovunque hanno la preferenza. Citiamo ad esempio la neurastenia, l'arteriosclerosi, l'artritismo. Questi morbi sono sempre e dovunque... beneficiati; sporadicamente si beneficiano le malattie epidemiche. Ora ad esempio è la volta dell'influenza. E non diciamo altro perchè ripugna dar troppa considerazione ad una ancora più immorale ciarlataneria che si adombra di una veste pseudo-scientifica.

Il fenomeno non meriterebbe di essere rilevato, almeno da noi, se fosse solo quistione del solito furbo e del solito gonzo: ossia del ciarlatano o dell'istrione da una parte e del pubblico più o meno ignorante dall'altra.

Ma a noi incombe il dovere non solo di rilevarlo ma anche di combattererlo da che vi sono medici che si prestano a valorizzare ogni sorta di panacea. Noi non possiamo essere complici della speculazione fatta sul dolore e sull'ignoranza.

Purtroppo l'abitudine di rilasciare certificati attestanti i meriti di ogni mescolanza farmaceutica è molto diffusa, e purtroppo questa abitudine i piccoli l'hanno appresa dai grandi medici. Ma ora si va ancora più in là: i medici si trasformano essi stessi in istrioni, o quanto meno danno aiuto palese, interessato agli speculatori.

Tacere oltre sarebbe stato quindi criminoso. Era necessario intervenire per bollare chi dell'arte medica si serve per compiere o per proteggere indegne e volgari speculazioni.

L'ordine del giorno del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Roma è preciso e coraggioso, ma esso deve essere considerato come l'inizio di una lotta senza quartiere e senza tregua contro i detrattori della nostra già abbastanza calunniata professione.

Far dei voti è bene, ma non è tutto.

Ora occorre indicare i mezzi adeguati perchè la indegna speculazione non si incrementi e si sostituisca alla seria e corretta arte medica.

Occorrerebbe che gli Ordini dei medici, ed essi hanno la possibilità e l'autorità per farlo, **pubblicassero una lista di quei preparati**, di quei metodi e luoghi di cura che non rispondono ai principii di un noto, corretto ed onesto indirizzo medico, nonchè una lista dei nomi dei medici che prestano il loro nome a protezione di metodi di cura e di qualsiasi specifico ciarlatanesco.

E ciò senza pregiudizio dell'azione della Sanità Pubblica, la quale, crediamo, avrebbe anche il dovere di vedere un po' più chiaro in certi sistemi terapeutici efficaci per ogni risma di malattie e specialmente per le malattie di... moda.

E' ozioso pretendere che i giornali politici rifiutino gli annunzi di specialità istrionesche. Senza contare che i quotidiani al riguardo non vanno tanto per il sottile (e di ciò son prove le corrispondenze amorose e la réclame per le droghe capaci di procurare l'aborto), non si può pretendere che essi sappiano sceverare in fatto di medicina il serio dal ciarlatanesco, l'onesto dal disonesto.

Spetta a noi, alle nostre istituzioni di difesa professionale, alla nostra stampa ed alle autorità sanitarie svelare gli inganni ed indicare al pubblico disprezzo gli istrioni.

PANGLOSS.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione degli Ordini dei Medici d'Italia.

IV Congresso federale.

Nei giorni 29, 30 e 31 marzo 1919, alle ore 9 ant., sono convocate in Roma (Foro Traiano, 1, sede dell'Ordine dei Medici) le rappresentanze degli Ordini d'Italia per deliberare sul seguente programma:

1. Comunicazioni del vice-presidente.
2. Nomina dell'Ufficio di presidenza.
3. Nomina della Commissione per la verifica dei poteri.
4. Resoconto finanziario - Bilanci consuntivo e preventivo.
5. Nomina dei revisori dei conti.
6. *a*) Rendiconto finanziario della sottoscrizione per i medici del Belgio.
   b) Rendiconto finanziario della sottoscrizione per i medici danneggiati dal terremoto.
   c) Sottoscrizione per i danni della guerra e erogazione dei fondi raccolti (Ordine di Bologna).
7. Onoranze ai medici caduti in guerra (Ordine di Bologna - Ordine di Padova).
8. Le organizzazioni sanitarie nel dopo-guerra (Ordine di Roma).
9. Necessità di un Ministero della Sanità (Ordine di Napoli).
10. Modifiche alla Legge sugli Ordini e chiusura dell'Albo (Ordine di Napoli - Ordine di Salerno).
11. Modifica dell'onorario delle visite sanitarie in rapporto all'assicurazione vita (Ordine di Salerno).
12. La legge sugli infortuni agricoli (Ordine di Roma).
13. Modifiche alla tariffa per gli onorari dei periti giudiziari (Ordine di Napoli - Ordine di Salerno).
14. Urgenza della istituzione di una Cassa Pensione ed Assicurazione contro le malattie per legge di Stato (Ordine di Napoli).
15. Riforma dell'assistenza sanitaria per mezzo delle assicurazioni sociali (Ordine di Sondrio).
16. Abolizione della condotta piena (Ordine di Siena).
17. Della necessità di fissare il minimo dello stipendio delle condotte mediche (Ordine di Siena).
18. Cassa Pensioni e servizio militare.
19. Estensione ai sanitari addetti ai servizi degli Enti Locali dei miglioramenti concessi e da concedersi agli impiegati dello Stato (Ordine di Siracusa).
20. Azione concorde perchè il Governo riconosca il valore giuridico alle tariffe ed alle liquidazioni emanate dagli Ordini (Ordine di Siracusa).
21. Azione concorde perchè il governo accolga per i medici il progetto di cassa pensioni proposto per gli avvocati e procuratori dall'avvocato Salomone di Catania (Ordine di Siracusa).
22. Libero esercizio all'estero dei medici laureati in Italia ed azione perchè il governo pretenda il conseguimento della laurea in una delle nostre Università da quei medici stranieri residenti in Italia appartenenti a nazioni che vietano il libero esercizio, presso di loro, ai medici italiani (Ordine di Siracusa).
23. Medici titolari che tornano nelle loro residenze e medici supplenti che vi rimangono ad esercitare la loro professione (Ordine di Rovigo).
24. Concorsi nel dopo-guerra (Ordine di Roma).
25. Circa l'autorizzazione data dalla Direzione di Sanità Pubblica ai militi della C. R. I. di praticare iniezioni ipodermiche dietro ordine formale e sotto la completa responsabilità degli ufficiali sanitari (Ordine di Lecce).
26. Elezioni politiche e Federazione (Ordine di Napoli).
27. Elezioni del Consiglio Federale.
28. Eventuali.

L'Ordine dei Medici della Provincia di Roma per i medici condotti.

Il Presidente dell'Ordine, dott. E. Ballerini, ha inviato la seguente lettera ai Sindaci della Provincia:

Roma, 12 marzo 1919.

Ill.mo Sindaco,

Le condizioni attuali di vita, ben note perchè io debba insistere per illustrarle, hanno colpito più di ogni altra, la classe dei professionisti e tra questi, ancora più duramente, la categoria dei medici condotti, i quali, per la quasi totalità, si sono trovati a fronteggiare la situazione con stipendi già considerati insufficienti, e, come tali, lamentati anche in tempi normali.

Da questa condizione di sfavore i medici condotti non si sono lasciati abbattere; e durante circa quattro anni essi hanno continuato con zelo e abnegazione nell'esercizio del loro dovere, reso ancora più arduo e difficile da condizioni sanitarie non buone, da incarichi speciali di autorità civili e militari, da aumenti di popolazione, e infine dalla grande battaglia combattuta, con

valore di uomini e di sanitari, contro la recente epidemia alla quale molti di essi hanno dovuto soccombere.

Quanto ho l'onore di esporle rende questa benemerita categoria di professionisti degna di ogni più benevola considerazione da parte delle rispettive amministrazioni; ed io rivolgo vivissima preghiera a Lei, Sig. Sindaco, affinchè voglia provvedere a che le condizioni finanziarie del medico o dei medici condotti di cotesto Comune vengano rese tali da consentire l'esercizio professionale senza assillanti preoccupazioni di indole economica.

Ond'è che io mi permetto proporre che lo stipendio del medico condotto venga fissato, stanziando come criterio minimo di base la somma di L. 6500 annue lorde: cifra questa abbastanza modesta, se oltre agli interessi materiali si vuole avere riguardo alla dignità di colui che esercita la più ardua, la più benemerita e la più nobile delle professioni.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Il giorno 27 febbraio u. s. si è riunito in sessione plenaria il Consiglio Superiore di Sanità, sotto la presidenza del senatore prof. Golgi.

* * *

Il Direttore generale della Sanità pubblica riferisce « *Sull'andamento della epidemia influenzale* ».

Informa anzitutto il Consiglio sul decorso manifestato dalla epidemia dopo la seduta del 17 ottobre 1918, nella quale egli riferì un'altra volta sull'argomento (vedi questo giornale, 1918, pagine 1035 e 1070); indi ricostruisce il fenomeno nella sua complessa figura.

La morbosità presenta tre fasi distinte. La prima, d'invasione, che insorge nella primavera e si addentra nell'estate, è caratterizzata da uno infrenabile potere espansivo, accompagnato pure da una straordinaria mitezza di forme cliniche. I medici non si orientano unanimente verso la influenza. Segue una pausa. Ma in luglio, e più ancora in agosto, già si profila qua e là, minacciosa, veemente, la seconda fase di fastigio, che nel settembre assume nuova lena, per guadagnare nell'ottobre la vetta della sua ascensione. Viene quindi la seconda pausa, alla quale tiene dietro la terza fase, di ripresa, verso la metà di dicembre.

La figurazione simbolica del fenomeno è data da una linea diagrammatica, che presenta tre elevazioni, di cui la seconda più alta. La mortalità invece presenta un andamento affatto diverso e può essere raffigurata da un'unica curva parabolica ad estremi molto allungati e degradanti.

Il numero complessivo dei morti, dato dai bollettini giornalieri delle prefetture, ascende a circa 165,000 a partire dalla seconda metà di settembre inclusa a tutto il 25 febbraio, cifra ben lontana da quelle di cui tanto si è parlato.

Non è stato possibile per ora di ricostruire il fenomeno della mortalità nel primo periodo della malattia. D'altronde esso non potrà far variare sensibilmente il totale delle morti riportato, sia perchè nel periodo d'invasione predominavano le forme lievi, sia perchè nei periodi successivi si ebbe spesso tendenza ad attribuire all'influenza un numero di vittime maggiore di quello effettivo.

Mancano elementi per istituire un confronto tra le varie provincie. Si sarebbe tuttavia indotti a ritenere che, in generale, il centro ed il mezzogiorno d'Italia siano stati assai più duramente provati. In Sicilia l'epidemia si è manifestata assai più grave che in Sardegna. Nell'esercito mobilitato e sovratutto alla fronte, non ha assunto una speciale gravità.

Quantunque non si possa stabilire con precisione il quoziente di mortalità tra i colpiti, giacchè di questi non si conosce il numero preciso, si può ritenere, in base a ricerche fatte su numerosi episodi bene studiati, che esso sia dell'1-2 e solo raramente del 3 per cento. Su di un gruppo non selezionato di 40,000 operai dell'Italia centrale e della Sardegna, l'ispettore medico del lavoro Raneletti, ha registrato il 0.50 % di mortalità.

Indi l'O. illustra taluni punti interessanti della epidemiologia. Pare che siano comparsi intensi episodi della malattia nel 1916, sul fronte russo tedesco; dunque è da pensare che la grande via battuta dalla epidemia, anzichè essere quella transoceanica dell'America verso l'Europa, sia stata piuttosto quella continentale, seguita anche in passato, dall'Asia verso l'Europa.

Il contagio è quasi esclusivamente diretto dal malato, o portatore, al sano.

Nei riguardi eziologici, il dibattito non è ancora chiuso.

Numerose osservazioni tenderebbero a far ammettere una immunità più o meno accentuata, più o meno potratta, ma non assoluta.

Per quanto riguarda la profilassi, non vi è molto da aggiungere al piano di difesa esposto dall'O. nell'adunanza del 17 ottobre.

In altri paesi, ove le misure restrittive furono adottate anche più rigorosamente che da noi, l'epidemia non mostrò di risentirne gran fatto

l'influsso benefico. Così avvenne negli Stati Uniti d'America ove a S. Franciso si giunse persino ad imporre a tutti i cittadini l'uso della maschera sotto pena della multa di cinque dollari.

Anche le disinfezioni non si sono mostrate gran che efficaci. Tuttavia furono largamente attuate e incoraggiate per la indiscutibile azione benefica contro altri germi e come misura di igiene generale.

L'esperienza ha ormai confermato che allo stato attuale delle nostre conoscenze, la difesa non può avvantaggiarsi che da tre ordini di provvidenze e cioè quelle relative: 1° alla igiene generale; 2° all'assistenza sanitaria, farmaceutica ed alimentare; 3° all'igiene individuale.

Le misure di igiene generale furono raccomandate ed imposte in vario modo ed agevolate con le grandi facilitazioni accordate, mediante la mano d'opera di apposite squadre di disinfettori, di drappelli militari e di numerosi prigionieri, e con la larga concessione di sussidi.

Per l'assistenza sanitaria furono impiegati oltre mille medici militari, farmacisti, infermieri. Furono, d'accordo col Ministero della Guerra e colla Croce Rossa, messi a disposizione della popolazione civile numerosi ospedali militari. Furono fatte inoltre larghe distribuzioni di medicamenti, prelevandoli dalle ampie scorte precostituite. Anche all'assistenza alimentare fu provveduto largamente.

Complessivamente l'azione sovventiva dello Stato in disinfettanti, medicinali ed alimenti può compendiarsi in una erogazione di oltre mille tonnellate. Pur troppo tale azione avrebbe avuto ben altro successo se non fosse stata ritardata, ostacolata e talvolta perfino annullata dalla paralisi dei trasporti, che oltre alle altre difficoltà note, sentirono grandemente l'effetto dell'epidemia influenzale che colpì il personale.

Quanto alle misure d'igiene individuale, si raccomandò nella forma più insistente di evitare il contagio e di curare la pulizia scrupolosa della casa, della persona e della bocca e delle cavità naso-faringee.

Intanto è apparsa la possibilità di una difesa preventiva e curativa contro la malattia con l'impiego di sieri e vaccini antinfluenzali.

Non appena si delineò tale possibilità fu, subito, dato al laboratorio batteriologico l'incarico di mettersi alacremente all'opera.

Vennero anzitutto isolati in ogni parte d'Italia e mantenuti attivi numerosi stipiti di bacilli di Pfeiffer, di streptococchi, di diplococchi e stafilococchi.

Indi si cominciarono a preparare i vaccini misti antinfluenzali.

Probabilmente, vista la variabilità delle manifestazioni epidemiche, è saggio consiglio applicare in pratica i vaccini suggeriti dalla stessa casistica. Per ciò il laboratorio tiene pronte e separate le provviste batteriche corrispondenti alle varie specie, salvo a farne la miscela richiesta dalle indagini cliniche e batteriologiche. In tal modo si combatte contro nemici segnati, e previa individualizzazione delle cause morbigene, ciò che viene ad accrescere il successo.

Quanto alla attendibilità dei vaccini antinfluenzali, mentre non si può disconoscere la loro base scientifica, non si ha ancora una sanzione applicativa abbastanza larga da rassicurare sul loro pratico valore. Nè va dimenticato, il che impone prudenza nella loro preparazione e nel loro uso, che il bacillo di Pfeiffer determina spesso uno stato tossico duraturo nell'organismo e può condurre a morte gli animali da esperimento anche a scadenza di oltre una settimana.

Se può farsi qualche riserva sull'importanza pratica della immunizzazione attiva antinfluenzale, non se ne deve ormai più fare su quella passiva, la sieroterapia dell'influenza e delle sue complicanze. Perciò il laboratorio batteriologico ha preparato e prepara sieri monovalenti e polivalenti antinfluenzali.

Inoltre ha messo anche da tempo a disposizione dei clinici il siero normale di cavallo sul cui uso molti medici si pronunziarono con favore.

Segue una discussione alla quale partecipano i consiglieri Rho, Di Vestea, Devoto, Ciamician, Marchiafava, Badaloni, Ascoli, Paternò, Pietravalle, Maggiora, Lanfranchi, Giongo e il relatore; essa si chiude con l'approvazione del seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio Superiore di Sanità

« è lieto di esprimere la sua piena soddisfazione per il rendiconto del Direttore Generale, Consigliere Lutrario, sull'opera della Direzione Generale della Sanità Pubblica, tanto per i provvedimenti di prevenzione e di assistenza disposti nella recente epidemia d'influenza, quanto per il programma di ricerche scientifiche che si va attuando nei laboratori della Sanità ed in collaborazione con altri studiosi;

« e fa voti che la relazione del comm. Lutrario sia data al più presto alla stampa e largamente diffusa nel Paese insieme al rendiconto della presente adunanza ».

***

Il comm. LUTRARIO riferisce quindi sullo « *Stato della lotta antitubercolare in Italia* ».

Premette alcuni dati statistici.

Risulta che i tubercolosi riformati dall'esercito al 31 dicembre scorso, considerati individualmente, sono in numero inferiore ai ventimila.

Nei riguardi dei prigionieri di guerra, quelli restituiti dagli Imperi Centrali con diagnosi di tubercolosi sono 11593; ma quelli accertati dai centri diagnostici sono solo 8316, e fra questi ve ne erano molti nel primissimo stadio della malattia, sicchè per una parte anche notevole si è potuto conseguire, con grande probabilità, la guarigione anatomica.

Ciò posto, l'oratore passa ad indagare quale debba essere la potenza dei mezzi da apprestare per la difesa sociale.

Complessivamente l'efficienza dei letti delle varie categorie di istituti, cioè Istituti militari, Croce Rossa e Istituti civili, è di circa 20,600; con un concorso della Sanità pubblica in 145 unità mobili, senza contare quelle in corso di concessione (cfr. questo giornale, anno corr., pag. 316 e ss.).

Se si dovesse giudicare la sufficienza alla stregua dei letti occupati, si dovrebbe concludere che l'assetto eccede i bisogni. Infatti, nel campo militare il numero dei letti occupati si aggira intorno al 50 %; in quello della Croce Rossa, due terzi dei posti sono costantemente vuoti; e, medesimamente, in alcuni congegni civili non è stato ancora accolto un infermo.

Ciò dipende, in parte almeno, dal numero dei tubercolosi meno elevato di quello previsto: ma sopratutto forse da una invincibile tendenza degli ammalati ad abbandonare il luogo di cura e a non farvi ritorno, un po' per la nostalgia del focolare domestico, ma più ancora questo fatto è da ascrivere alla inidoneità del personale di assistenza, alla mancanza, nella maggior parte delle formazioni, dell'organizzazione interna di lavori all'aperto proporzionati alla scarsa energia fisica dei malati, cercando anche di cointeressarli economicamente. Per questa parte vi è quasi tutto da fare, e tale lato non sfuggirà all'apposita Commissione nominata dal Presidente del Consiglio per la riforma infermiera.

L'oratore passa poi ad esporre le altre provvidenze attuate ed in corso di attuazione.

Per la propaganda furono acquistati e messi a disposizione di studiosi, di volenterosi, di enti, carte murali, apparecchi per proiezioni, films, furono stampati e diffusi a migliaia di esemplari istruzioni popolari, ed è stato dato incarico per preparare un progetto di museo per la tubercolosi. Ma il campo nel quale l'attività di propaganda dello Stato più si è svolta è la scuola.

A tale scopo:

1. Fu istituita una Commissione Reale d'igiene scolastica;

2. Sono in corso di pubblicazione pregevoli monografie dirette a volgarizzare fra i maestri e fra il popolo i principî di profilassi antitubercolare;

3. Si sono fatti riprodurre allo stesso fine in apposite cinematografie scene di scuole all'aperto, di colonie marine (delle quali una è stata rappresentata al Consiglio durante la sessione);

4. Provvidenze analoghe saranno pure adottate per altri argomenti d'igiene pubblica;

5. Sono stati iniziati corsi universitari fino dal 1914 per provvedere un personale insegnante competente e sovratutto convinto. Essi furono frequentati da medici addetti agli uffici sanitari comunali e specialmente da quelli che avevano funzione di medico scolastico. Tali corsi saranno ripetuti nel volgente anno scolastico, e vi accederanno coi medici, la maggior parte degli Ispettori scolastici, designati dal Ministero dell'Istruzione Pubblica;

6. Sarà fatto in quest'anno un corso di conferenze e dimostrazioni di igiene pratica in alcune scuole normali, mentre sono stati compiuti gli studi per un più adatto insegnamento dell'igiene in tutte le scuole normali;

7. Nel decorso anno fu eseguito un esperimento nell'intento di verificare quali risultati si possano ottenere intensificando l'azione esercitata dai medici scolastici con una maggiore frequenza di visita nella scuola, e coordinando la loro azione con quella dei maestri, in modo da realizzare, in alcuni comuni, quell'*optimum* che si intenderebbe ottenere in tutte le scuole d'Italia. Furono, allo scopo, prescelti alcuni grandi comuni della Toscana.

I risultati furono assai confortanti: per cui nuove iniziative del medesimo genere sono in corso.

La propaganda igienica nella scuola non si limita solo alla lotta antitubercolare, ma svolge la sua azione in un più vasto campo. Cosa utilissima ai fini della formazione della coscienza popolare, di cui si gioverà anzitutto la lotta antitubercolare.

L'oratore passa, poi, a trattare dell'azione soccorritrice dello Stato. Dall'inizio della lotta diretta contro la tubercolosi, cioè dall'emanazione del D. L. 26 luglio 1917, a tutto il 31 genn. 1919, il solo Ministero dell'Interno (senza calcolare la azione del Ministero della Guerra, della Croce Rossa, dell'Opera nazionale per gli invalidi, e di altri Enti pubblici e privati) ha messo a disposizione per la lotta stessa la somma globale di 15 *milioni e mezzo*; ciò per i seguenti titoli:

interesse dei mutui per costruzioni di locali di ricovero; sussidi per la costruzione ed adattamento di locali di cura; acquisto e costruzione di unità ospedaliere mobili ed altro materiale per la profilassi della tubercolosi; sussidii per favorire il ricovero dei tubercolosi nei luoghi di cura; contributo alle spese di assistenza negli appositi luoghi di cura dei riformati per tubercolosi; sussidi per favorire la istituzione di dispensari antitubercolari; stazioni per la diagnosi precoce, ecc. ecc. A tutt'oggi il totale delle somme impegnate raggiunge lire 7,052,838.41, somma non irrilevante, se si tien conto della brevità del periodo, appena 18 mesi.

L'attività sovventiva ha avuto il suo più ampio campo di esplicazione nell'incoraggiare la creazione e l'adattamento di luoghi di ricovero e di cura per i tubercolosi. Uno sviluppo assai minore hanno raggiunto i dispensari, nonostante gl'incoraggiamenti accordati, mentre maggiore fortuna hanno avuto le iniziative a favore dell'infanzia. La somma spesa per questo titolo sale a lire 350,000, alla quale va anche aggiunto il valore dell'armamento apprestato per lo scopo.

Per dare alla lotta maggior vigore di vita, furono istituiti i Comitati provinciali antitubercolari (D. L. del 4 aprile 1918, n. 468). La Direzione Generale della Sanità si diede premura di promuoverne la costituzione. Si avvisò poi alla necessità di assicurarne il maggior rendimento, indirizzando l'opera agli scopi prestabiliti; e di assicurare i mezzi per la loro attività funzionale.

L'attività funzionale di taluni Comitati è stata operosissima.

Occorre fare in modo che questa attività persista e divenga sempre più fattiva; come occorre destare l'operosità di quei Comitati, i quali non hanno dato segni troppo manifesti di vita. Ed a tal fine, darà la sua opera la Direzione generale della Sanità il cui intervento sarà reso più fattivo e fecondo di risultati dal prezioso ausilio del Consiglio Superiore di Sanità e del suo Comitato Centrale Antitubercolare.

Ad assicurare tale ausilio ha mirato il D. L. 17 ottobre 1918, n. 1918, che si propone sopratutto di raggiungere un sempre maggiore coordinamento della complessa opera dei Comitati Provinciali.

È questa la nuova e benefica missione affidata al Consiglio, di cui l'organo propulsore ed esecutivo, accanto alla Sanità pubblica, è il Comitato Centrale Antitubercolare.

L'oratore presenta le seguenti proposte per orientare verso un piano regolatore di lavoro l'attività degli organi preposti alla lotta antitubercolare:

1. Censimento a mezzo di schede individuali dei tubercolosi, o presunti tali, per parte dei Comitati provinciali, con la cooperazione di tutti gli Enti che si interessano alla lotta.

2. Rilevamento e sistemazione dei congegni nell'attuale periodo di smobilitazione, affiancando l'opera della Sanità pubblica, di quella militare e della Croce Rossa, affinchè non siano sottratti alla lotta quei congegni che saranno giudicati idonei; smobilitando gli inidonei, e curando che siano restituiti alla loro congenita destinazione quegli altri apprestamenti che ne erano stati sottratti per necessità prevalenti.

3. Curare in tutte le guise la formazione o l'allenamento di medici dirigenti dei congegni; curare sopratutto la formazione e selezione del personale di assistenza.

4. Promuovere la creazione di tutti quegli apprestamenti, che per altre necessità prevalenti erano passati un po' in seconda linea: dispensari, congegni per l'infanzia, colonie e scuole all'aperto.

5. Promuovere intorno alle nuove istituzioni la creazione di un personale ausiliario, sopratutto di « Dame visitatrici » che sono i tramiti, i fili conduttori attraverso i quali la parola ammonitrice può giungere sino al focolare domestico del tubercoloso.

6. Curare il coordinamento di tutte le iniziative ed opere antitubercolari.

L'opera di coordinamento non dovrebbe limitarsi soltanto alle istituzioni che si occupano della profilassi della tubercolosi, bensì estendersi ad altre iniziative di assistenza e beneficenza (istituti di case popolari, cooperative di consumo, cucine economiche, comitati di assistenza, congregazioni di carità, ecc. ecc.), per le indispensabili integrazioni della cura: alimenti, abitazioni, biancheria personale e domestica, vestiario, ecc.

Occorre che i frammenti sieno, per quanto è possibile, composti in una specie di unità organica, di guisa che noi potessimo, senza sconfinare dalle nostre attribuzioni, trarne la necessaria parte di vantaggio a prò della sventurata famiglia tubercolosa.

7. Propaganda per tutte le vie, in tutte le forme, con tutti i mezzi, riunendo in un fascio tutte le volontà che intendessero concorrere con noi alla grande, sublime opera di redenzione.

Alla discussione partecipano il presidente senatore Golgi e i consiglieri Simonetta, Levi, Maffi, Devoto, Foà, Di Vestea, Badaloni, Giachi, Maggiora, Rho, Ascoli e il relatore.

A conclusione della discussione il Consiglio approva, a voto unanime, il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio Superiore di Sanità,

« sentita la notevole relazione del Direttore Generale della Sanità Pubblica circa lo stato della lotta contro la tubercolosi avviata dal Ministero dell'Interno ed in via di progressiva, sapiente ed efficace organizzazione;

« confermando i suoi precedenti pareri sul piano d'azione prestabilito per la completa profilassi della tubercolosi in Italia, specialmente richiamando il voto del Consiglio Superiore pel progetto sulle Assicurazioni contro le malattie e pienamente accettando i criteri conclusivi della relazione istessa per intensificare, nel campo dell'igiene e dell'assistenza pubblica, l'azione dello Stato contro la più funesta delle malattie sociali;

« confida che la Direzione Generale della Sanità Pubblica presso il Ministero dell'Interno, nel proseguire l'alto suo compito, terrà presenti le osservazioni e raccomandazioni formulate attraverso l'importante discussione con la quale il Consiglio ha commentato la relazione del Direttore Generale della Sanità Pubblica, avvalendosi dell'opera continuativa del Comitato Centrale appositamente istituito ».

* * *

Il comm. LUTRARIO ha, infine, riferito « *Sulla attuale infezione di afta epizootica* ».

In seguito a discussione, il Consiglio approva il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio Superiore di Sanità

« udita la relazione del Direttore Generale della Sanità Pubblica su l'attuale grave ricorrenza d'afta epizootica, approva l'opera alacre spiegata, in mezzo a gravi difficoltà, dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica e dai funzionari da essa dipendenti, nonchè dai veterinari comunali e dagli ufficiali veterinari messi a disposizione dal Ministero della Guerra per combattere la malattia.

« Si compiace di rilevare che tutti i mezzi profilattici consentiti dalle difficili condizioni dell'ora presente sono stati rigorosamente applicati; prende atto dei notevoli risultati ottenuti nel campo dell'eziologia e profilassi della pericolosa infezione mercè gli studi compiuti per iniziativa della Direzione Generale della Sanità Pubblica, d'accordo col Ministero di Agricoltura, e riconosce essere necessario che questi studi siano attivamente proseguiti;

« e nell'intendimento di sempre meglio combattere e limitare i danni della malattia,

« fa voti:

« 1. Che sia convenientemente rafforzato e migliorato il servizio veterinario comunale e di Stato, così da assicurare una più pronta segnalazione dei primi casi della malattia ed un immediato intervento terapeutico e profilattico;

« 2. Perchè sia migliorato il servizio di trasporto del bestiame in ferrovia curando in particolare modo un'efficace disinfezione dei carri ferroviari;

« 3. Perchè siano dati mezzi adeguati alle provincie ed ai comuni affinchè a loro volta incoraggino e sussidino gli agricoltori per il risanamento delle stalle; nonchè per la costituzione di consorzi comunali ed intercomunali per l'impianto di sardinie, macelli e basse macellerie, anche in vista della migliore utilizzazione delle carni e degli altri resti animali per il consumo ed a scopo industriale;

« 4. Perchè sia opportunamente incoraggiata l'opera dei veterinari comunali e di Stato intesa alla propaganda delle buone regole igieniche zootecniche e di polizia sanitaria;

« 5. Perchè sia promossa l'assicurazione obbligatoria del bestiame ».

* * *

Il Consiglio si è occupato, inoltre, di affari di ordinaria amministrazione.

Tra l'altro ha dato parere su alcune domande di pensione privilegiata; su numerosi ricorsi in materia di applicazione della legge sulle farmacie; su molte domande di privativa industriale.

Ha respinto i ricorsi presentati dai comuni di Archi (Chieti) e di Cassano all'Jonio (Cosenza) contro la deliberazione della G. P. A. che accordava l'aumento di stipendio al medico condotto pel primo comune ed all'ufficiale sanitario pel secondo, mantenendo fermo, di conseguenza, l'aumento concesso.

La sessione si è chiusa il giorno 3 marzo.

Ricovero di civili in ospedali militari.

Una circolare del Ministero dell'Interno ai Prefetti avverte:

Il Comando Supremo a proposito delle spese di spedalità per ammalati civili ricoverati negli ospedali militari, ha disposto che dette spese non gravino a carico dei comuni di appartenenza degli infermi ricoverati, ma sulla amministrazione militare analogamente a quanto fu fatto di già per le popolazioni dei territori occupati sull'Isonzo.

Profilassi della rabbia.

La Direzione di Sanità Pubblica ha diramato la seguente circolare:

« Con l'art. 6 del D. L. 12 settembre 1918 è fatto obbligo ai comuni di provvedere con regolamenti

nuovi o modificando gli attuali a stabilire opportune norme, da approvarsi con le formalità prescritte per i regolamenti di igiene, per la detenzione dei cani e la profilassi della rabbia canina.

« Su tale articolo, che conferisce al provvedimento emanato una finalità di carattere sanitario della più alta importanza, si richiama in modo particolare l'attenzione delle SS. LL. affinchè vogliano disporre e curare che la disposizione che esso contiene venga dalle dipendenti amministrazioni comunali attuata con la maggior sollecitudine consentita dalle circostanze del momento; aggiungendo che, nella compilazione di tali regolamenti o nella modificazione di quelli esistenti, dovranno esser tenute presenti le disposizioni degli art. 48, 49, 50, 51, 52 e 53 del Regolamento di polizia zooiatrica, 10 maggio 1914, n. 533, regolanti la speciale materia.

« E di queste disposizioni si raccomanda, frattanto, sia curata in modo rigoroso l'osservanza specialmente per quanto si attiene al trattamento dei cani vaganti, che sfuggendo ad ogni controllo sanitario rappresentano il più grande pericolo per la diffusione della malattia e ciò nella prevedibile eventualità che il loro numero, in seguito al nuovo provvedimento, abbia ad aumentare per abbandono di cani da parte dei detentori che non intendono sottostare a pagamento della relativa tassa ».

Premi e sussidi per combattere l'anofelismo.

Il n. 178 della *Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti* contiene un decreto che stabilisce le norme per la concessione dei premi e dei sussidi da erogarsi per combattere l'anofele. Esso dispone che il fondo stanziato al capitolo 87 del bilancio del Ministero di agricoltura per l'esercizio 1918-1919 sarà erogato principalmente mediante le seguenti concessioni:

1° di premi per le più sollecite e le più larghe iniziative e di sussidi proporzionali alle spese effettivamente sostenute da parte di proprietari di fondi rustici compresi in zone malariche o di associazioni e consorzi di proprietari o affittuari i quali adempiano spontaneamente nel miglior modo all'osservanza dei precetti scientifici riguardanti la distruzione dell'anofele, mediante le campagne larvicide e il risanamento del suolo, per evitare ogni danno ai lavoratori della terra, alla salute pubblica e all'economia rurale;

2° di premi a favore dei più attivi organizzatori di associazioni e consorzi per la lotta contro l'anofele e dei medici, maestri elementari, segretari comunali e parroci dei piccoli Comuni rurali, nonchè dei funzionari delle cattedre ambulanti di agricoltura, i quali si renderanno più benemeriti per l'insegnamento e la direzione della campagna larvicida e della piccola bonifica;

3° di premi o sussidi di incoraggiamento a favore di scienziati per studi e pubblicazioni concernenti problemi di malariologia, anofelologia, pedologia, microbiologia agraria e biologia delle zone malariche, o di speciali assegni per ricerche riguardanti i rapporti fra suolo e malaria e tra la malaria e le varie coltivazioni, ovvero per esperimentazioni dei mezzi più economici e più efficaci di distruzione dell'anofele.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7651) *Indennità di congedamento - Caro viveri.* — Dott. U. M. da F. Il Decreto Luogotenenziale del 14 febbraio 1918, n. 196, pubblicato sulla « Gazzetta Ufficiale » del successivo giorno 25 stabilisce dal 1 agosto 1917 la decorrenza della indennità caro-viveri per gli ufficiali del R. Esercito. La domanda per ottenere tale indennità potrà farla al distretto militare del luogo ove attualmente si trova. Lo stesso dicasi anche per la indennità di congedamento. Nessuna legge prescrive l'obbligo del medico di tenere un registro legalmente bollato per segnarvi le visite e ciò allo scopo di avere una prova per agire contro eventuali clienti morosi. Del resto tale registro a nulla servirebbe perchè le singole annotazioni non risulterebbero fatte in contradittorio. I contratti di prestazione con famiglie private possano essere fatti su carta da bollo da lire 2.00. Occorre, però, che sieno sottoposte alla formalità del registrro per poter essere prodotti in giudizio.

(7652) *Pensioni - Liquidazioni per contributi plurimi.* — Dott. D. M. da N. T. La pensione che in base agli esposti dati di età e di servizio Le compete è di lire 3513.02 computati in essa i contributi plurimi corrisposti per lo spazio di dieci anni. Non possiamo determinare l'entità degli interessi che può dare la somma di lire 2100 versata volontariamente in sette anni, perchè la liquidazione dipende dal saggio medio di investimento dei capitali della Cassa, che varia di anno in anno. Se invece della restituzione del capitale Ella desidera che sia invertito in rendita vitalizia da aggiungersi alla pensione, Le diciamo che dovrassi aggiungere alla preindicata cifra di pensione l'altra di lire 137.50. Insomma Ella riceverà in tutto la cifra di lire 3650.57.

(7654) *Modulo per lo stato di servizio.* — Dottor abbonato 131. La sede della direzione generale degli istituti di previdenza è presso il Ministero del tesoro. Ella potrebbe rivolgere la sua richiesta all'ufficio sanitario della Provincia che sarà egualmente provvisto del modulo necessario per compilare lo stato di servizio. Riteniamo che il detto modulo sia rilasciato gratuitamente ai richiedenti.

(7655) *Concorsi per la nomina a medico condotto.* — Dottor G. N. da C. In base allo articolo 3 del D. L. del 31 agosto 1915, n. 1420 i concorsi per la nominaa medico condotto sono vietati solamente per la durata dello stato di guerra che termina, naturalmente, con la pubblicazione del trattato di pace.

(7656)*Liquidazione di pensione.* — Dottor S. N. L. Con 29 anni di servizio e 55 di età, liquiderà la pensione annua di lire 1201; con 31 anni di servizio e 57 di età liquiderà invece, la somma di annue lire 1461. Se Ella ha aderito alla Cassa fin dalla sua istituzione o se vi ha aderito prima del dicembre 1919 vengono riscattati gratuitamente gli anni di servizio prestati dal 1890 al 1898, cioè prima del 1899, epoca in cui ha cominciato a funzionare l'Istituto.

(7657) *Aumento di stipendio.* — Dottor V. P. da M. L'aumento di stipendio concesso nei modi di legge e debitamente approvato dalle competenti autorità tutorie non può essere revocato con successive deliberazioni consigliari o di R. Commissario, in quanto che costituisce per il sanitario un diritto acquisito. Il detto aumento viene conglobato con lo stipendio di base e viene pagato con l'unico mandato. Esso resta fermo per tutto l'esercizio finanziario posteriore a quello in cui sarà pubblicato il trattato di pace.

(7658) *Visita di operaie in stabilimenti militarizzati - Compenso - Tassa esercizii e rivendite.* — Dottor C. T. da C. S. G. Nessun compenso spetta per la visita generale compiuta a scopo igienico alle operaie militarizzate di codesto comune giacchè Ella, come ufficiale sanitario, era obbligato ad eseguire trattandosi di provvedimento richiesto nello interesse non del singolo ma della generalità. Per la visita che compie presso le famiglie agiate e per cui riceve speciale compenso in base a tariffa, va soggetto alla tassa di esercizio, essendo, per l'articolo 3, n. 1 del R. D. 23 marzo 1902, n. 113, esclusi da tale imposizione coloro che sono impiegati comunali, cioè, il medico condotto, cui è affidata la cura dei poveri, inclusi in relativo elenco.

(7659) *Pensioni - Sostituzione reciproca fra i sanitarii - Licenziamento.* — Dott. A. G. da R. Il periodo di interinato è calcolato nel computo dell apensione solo in quanto valga a farne acquistare il diritto, ma non nella liquidazione effettiva di essa. Di guisa che la pensione che Le compete sarà basata unicamente sugli anni di servizio prestati come medico titolare, calcolando, però, nei 24 anni e sei mesi, quelli passati come interino. Il Comune ha sempre l'obbligo di versare i propri contributi, sia o meno coperta la condotta, e non perde mai, per ciò solo, il diritto di nominare l'altro sanitario in sostituzione del dimissionario. L'obbligo della supplenza reciproca mediante il compenso di lire 3, contenuto nel capitolato, è assoluto e deve essere sempre rispettato quando anche il Comune pretenda che la sostituzione sia fatta ad un interino precedentemente pensionato per motivi di salute. Se l'interino possegga o meno i requisiti di salute e di nomina indicati per l'esercizio dell'ufficio, è affare che riguarda il Comune, non il condottato che deve sostituire chiunque dei colleghi esercenti di fatto la condotta, che si ammali. Per il licenziamento del medico interino, in mancanza di tassativa disposizione nell'atto di nomina, basta che sia accordato uno o due mesi di tempo.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. numero 2545:

I tenenti medici effettivi con nomina dal 1° marzo 1917, sebbene siano notevolmente anziani, non sono ancora sul quadro di avanzamento.

È poi ovvio che l'ufficiale medico effettivo non possa dare le dimissioni all'atto del congedamento della propria classe e quindi fruire di quelle provvidenze che sono state stabilite per gli ufficiali di complemento.

All'abb. n. 431:

Nessun dubbio che le competa l'indennità di vestiario di L. 250.

Si rivolga all'ufficio di amministrazione dell'Ospedale militare suo centro di mobilitazione.

All'abb. n. 4838:

Si è già detto altra volta che agli ufficiali medici della Croce Rossa competono le medesime indennità di congedamento che spettano ai loro colleghi di Sanità militare.

Al dott. G. B. F. da N.:

Oltre l'indennità vestiario le competono due mesi di stipendio, avendo Ella prestato servizio per un anno.

Al dott. V. D. da C. D. L.:

Ella dovrebbe di fatto ripresentarsi al Distretto od alla direzione di Sanità da cui dipende qualora i medici della classe '77 non fossero ancora smobilitati all'atto del termine delle sue dimissioni.

Ma tale eventualità non potrà certo avvenire.

Al dott. G. d'E. da R.:

Ella ha prestato servizio per tre anni.

In base a ciò oltre l'indennità vestiario le competono quattro mesi di stipendio.

All'abb. n. 8201:

Non è affatto vero.

Agli ufficiali medici della Croce Rossa spettano le stesse indennità dei loro colleghi della Sanità.

All'abb. n. 6431:

Nessun dubbio che le spettino le indennità stabilite dall'art. 1 del Decreto L. del 14 nov., e precisamente quelle da Lei accennate.

All'abb. n. 6995:

Il Ministero della guerra ha stabilito delle indennità speciali per il congedamento degli ufficiali chiamati alle armi per la guerra. Tali indennità consistono in L. 250 pel vestiario, ed in due mensilità di stipendio pel primo anno di servizio compiuto, e successivamente di una mensilità per gli ulteriori anni.

Oltre tali indennità, le altre concessioni che eventualmente Comandi o Direzioni possono fare ai propri ufficiali congedantisi, sfuggono a qualsiasi norma e quindi devono ritenersi come arbitrarie.

All'abb. n. 842:

Molte unità mobilitate sono ormai scomparse: ritengo pertanto che ogni sua domanda o reclamo dovrebbe esser rivolta al Ministero della guerra pel tramite del Comando di distretto al quale Ella appartiene.

All'abb. n. 4387:

Si è evidentemente trattato di equivoco.

Nessun dubbio che se Ella ha prestato 39 mesi di servizio non le spettino quattro mensilità di stipendio, più l'indennità vestiario.

Si rilvolga all'ufficio di amministrazione dell'Ospedale che fu suo centro di mobilitazione.

All'abb. n. 5864:

L'esonero non esclude che le spettino, all'atto del congedamento, quattro mensilità di stipendio, più l'indennità vestiario.

All'abb. n. 8431:

Ella può considerarsi in congedo, data la smobilitazione della sua classe. Però per definire la sua situazione medico-legale è bene che si presenti alla Direzione di Sanità al termine fissatole per la visita.

All'abb. n. 2714:

Le spettano, in base al servizio prestato, quattro mensilità di stipendio, più l'indennità vestiario.

All'abb. n. 2545:

La risposta negativa data in precedenti quesiti esclude che suo figlio possa conseguire il premio di smobilitazione.

All'abb. n. 10110:

Le competono tre mensilità di stipendio, più l'indennità vestiario di L. 250.

La classe dei medici 1880 è in via di congedamento.

All'abb. n. 4296:

Le indennità stabilite dal decreto Ministeriale le competono, commisurate al periodo nel quale ha prestato servizio.

Ella deve rivolgersi all'ufficio di amministrazione dell'Ospedale che è stato suo centro di mobilitazione.

Al dott. G. D. M. da M.:

Se il suo figliuolo appartiene ad una classe di leva più anziana del 1880, il suo congedamento è in corso. Se è di classe più giovane può provare a chiedere una licenza in vista delle gravi ragioni di famiglia allegate.

All'abb. n. 2896:

Le competono effettivamente le indennità commisurate al tempo di servizio prestato, e cioè quattro mensilità di stipendio, oltre l'indennità di vestiario.

Al dott. L. P. da S. C. d. B.:

Fino ad ora sono stati congedati gli ufficiali medici fino alla classe del 1880.

All'abb. n. 1555:

L'indennità di L. 25 venne concessa dal Ministero dell'interno a quegli ufficiali medici che allontanati dal loro ordinario servizio furono messi a sua completa disposizione per combattere l'epidemia influenzale.

Tale non è il suo caso.

La convenzione passata tra Lei ed il Sindaco del Comune presso il quale Ella si trovava eventualmente comandato per ragioni di servizio militare è convenzione affatto privata, dovuta alla richiesta fatta a Lei personalmente dal Sindaco perchè si trovava in imbarazzo per la malattia del medico condotto.

È quindi il Comune e non altri che è tenuto a darle il compenso per il sopralavoro da Lei volontariamente assunto.

All'abb. n. 8134:

Le competono le identiche indennità stabilite per gli ufficiali medici di complemento appartenenti alla Società Militare.

Al dott. O. C. da S. V. l. C.:

Ella ha diritto all'indennità di vestiario ed ai due mesi di stipendio.

A norma di recenti disposizioni, per ottenere tali competenze ella si deve rivolgere all'ufficio di amministrazione dell'Ospedale militare che è stato suo centro di mobilitazione.

Al dott. F. da B.:

Tutti i documenti che non furono già restituiti agli interessati (e non sempre sarebbe stato possibile o sicuro farli loro recapitare in zona di guerra presso le varie unità mobilitate) si devono trovare presso il Ministero della guerra. Ella può, quindi, far domanda di riavere i propri certificati al Ministero della guerra: Direzione Generale di Sanità Militare - Divisione I.

All'abb. n. 1144:

Ella ha prestato servizio per due anni.

Le spettano quindi, oltre l'indennità vestiario,

anche tre mensilità dello stipendio da Lei ultimamente percepito.

Al dott. G. C. da V.:

Nessun dubbio che al collega spetti l'indennità caroviveri per i mesi di ottobre e di novembre 1918. Qualora l'ufficio amministrativo al quale ne ha fatto domanda risponda negativamente, egli potrà reclamare per via gerarchica al Ministero della guerra.

M. G.

Avvertiamo che:

non si risponde ad anonimi;

non si risponde a quesiti che riguardano terzi;

non si risponde a quesiti d'indole esclusivamento personale;

non si risponde privatamente.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico-chirurgo provetto traumatologia infortuni desidera posto presso grandi cantieri lavoro. Dott. V., fermoposta,, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Il prof. Pasquale Sfameni, ordinario di clinica ostetrica presso l'Università di Parma, è stato chiamato a Bologna.

Il Ministro della P. Istruzione, dietro proposta della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Roma, ha affidato l'incarico dell'insegnamento e della direzione della Clinica Dermosifilopatica per il corrente anno scolastico al prof. dott. Giuseppe Garibaldi, 1° aiuto in detta Clinica.

CROCE DI GUERRA.

Parente dott. cav. Ferdinando, maggiore medico, per il contegno tenuto nel giugno scorso sul Montello, presso le truppe operanti.

Appello alla pietà delle famiglie dei medici.

Sottoscrizione per una giovanetta orfana di un medico:

Riporto (come dal precedente fasc. 11)	L.	965
Errata-Corrige.		
Per riportate in meno nel totale dal Fasc. 9 al fasc. 10	»	30
Per esposte in meno nell'offerta della Signora Imbriani di Pavia (fasc. 10)	»	5
	L.	1000
Per esposte in più nell'offerta della Signora Ada Bolli di Perugia (fascicolo 10)	»	5
	L.	995
Sig.a Antonietta Scevola Costa (Gambolò)	»	20
Sig.a Maria Giovanna Manes-Facciolla (Portocannone)	»	10
Dott. Giuseppe Cappa (Cuorgnè)	»	10
Sig.na Mema Romolotti (Busseto)	»	10
Sig.a Maria De Santis (Castel Rigone)	L.	5
Dott. Camillo Raimondi (Nogara)	»	5
Signora Anna Marrone (Tornimparte)	»	10
Signora Tilde Barzan Tamassia (Villa Poma)	»	5
Dott. Alfredo Belardinelli (Cupramontana)	»	5
Sig.a Concettina Nicita Licitra (Ragusa)	»	5
Signora M. C. (Mornago)	»	5
Dott. Patrizio Pedini (Casciana Alta)	»	5
Dott. Achille Ubezio (Serina)	»	5
Un ufficiale medico abbonato al *Policlinico* (Bari)	»	25
Dott. Matteo Simone (nel 3° anniversario della morte della sua Tullia)	»	15
Offerte pervenuteci a mezzo della Signora Lavinia Coluzzi:		
Prof. Enrico Paltracca (Perugia)	»	10
Dott. Virgilio Guerri (id.)	»	10
Dott. Emilio Del Sole (id.)	»	10
Dott. Angelo Benini (id.)	»	10
Dott. Pietro Croci (id.)	»	10
Dott. Tenente Moriconi (id.)	»	10
Dott. Capitano Trombatore (id.)	»	10
Dott. Capitano Uccelli Bianconi (id.)	»	10
Dott. Capitano Muzioli Antonio (id.)	»	10
Dott. Paci Ennio (id.)	»	10
Prof. Maggiore Cova (id.)	»	10
Dott. Capitano Pernossi (id.)	»	5
Prof. Giuseppe Texeira (id.)	»	5
Comm. Alessandro Baduel (id.)	»	5
Dott. Capitano Rocchi (id.)	»	5
Dott. Capitano Garroni (id.)	»	10
Dott. Capitano Texeira (id.)	»	10
Dott. Capitano Calisti (id.)	»	10
Dott. Capitano Madruzza (id.)	»	10
Dott. Capitano Zannetti (id.)	»	10
Signora Contessa Valentini (id.)	»	5
Signora Contessa Lucia Manzoni (id.)	»	2
Sig.na Cont.na Giuseppina Pucci (id.)	»	2
Signora Marchesa Alessandrina Torelli (id.)	»	2
Sig.ra Contessa Teresa Braneschi (id.)	»	2
Signora Irene Texeira (id.)	»	2
Signora Prampolini (id.)	»	2
Signora Caterina Bimbi (id.)	»	2
Signora Luigia Cavallotti (id.)	»	2
Signora Paolina Salletti (id.)	»	2
Signora Maria Gatti (id.)	»	2
Signora Albina Carrara (id.)	»	2
Signora Vivenza (id.)	»	2
Signora Panella (id.)	»	2
Signora Valigi (id.)	»	2
Signora Ida Vincenti (id.)	»	2
Signora Argentina Agostini (id.)	»	2
Dott. Nicola Manfridi (id.)	»	10
Dott. Alessandro Fedeli (id.)	»	5
Dott. Capitano Bernardini (id.)	»	10
Dott. Maggiore Giuseppe Paoletti (id.)	»	5
Dott. Chiasserini (id.)	»	5
Sig. N. N. (id.)	»	10
Dott. Icilio Vivanti (id.)	»	5
Tenente Cesare Pascoletti (id.)	»	10
Famiglia Carlini (id.)	»	40
Signora Cecilia Occhiorossi (id.)	»	20
Famiglia Milletti (id.)	»	50
Dott. Rebagliasi e sorella (Quinto al mare)	»	50
A riportare	L.	1572

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso internazionale delle Croci Rosse.

Il presidente del Comitato internazionale della Croce Rossa di Ginevra ha diramato a tutte le Croci Rosse del mondo una circolare per la convocazione di un Congresso internazionale, che avrà luogo a Ginevra trenta giorni dopo la conclusione della pace.

Questo Congresso si occuperà delle misure atte a combattere la tubercolosi e la malaria, che la guerra ha contribuito ad estendere, degli studi e delle proposte per lo sviluppo della protezione dell'infanzia, dell'igiene e di tutto ciò che è intimamente collegato alla salute pubblica e inoltre dei problemi relativi alla sorte delle vittime della guerra, ossia: mutilati, invalidi, vedove e orfane; ed infine alla formazione di Corpi di infermiere e infermieri pronti ad intervenire in caso di epidemie e di disastri.

Lo scopo del Congresso è principalmente quello di coordinare i risultati raggiunti dalle varie Croci Rosse, nell'intento di ottenere l'unità di azione e di stimolare lo sforzo di ogni singola associazione. Si terrà inoltre conto di tutto quello che è stato fatto in ogni paese a riguardo di questo o quel problema, di modo che tali ragguagli preziosi possano essere messi a profitto dell'umanità.

La Società per il progresso delle scienze ed il suo prossimo Congresso.

Il prossimo Congresso di questa Società (X Riunione) sarà tenuto nella Università di Pisa dal 14 al 19 aprile. Oggetto generale del Congresso sarà la trattazione delle risorse naturali d'Italia, ed i numerosi temi affidati a specialisti dei vari rami di scienza, saranno per così dire inquadrati dal discorso inaugurale che pronuncierà il professor Raffaello Nasini sulle « Ricchezze naturali d'Italia: inventario oggi, ma rapida e razionale utilizzazione domani ». Una Sezione sarà dedicata alla Storia delle scienze.

Provvedimenti per l'igiene nelle scuole primarie e medie.

La Regia Commissione Centrale consultiva per l'igiene scolastica e pedagogica ha terminato i suoi lavori.

Essa ha preso atto con compiacimento degli accordi intervenuti fra il Ministero dell'Interno e quello dell'Istruzione pubblica allo scopo di volgarizzare e diffondere nelle scuole primarie ed in quelle normali i principî fondamentali di igiene e di difesa contro le malattie in attesa che venga adottato un sistematico insegnamento di igiene nelle scuole normali, conforme al piano elaborato dalla Commissione medesima nelle sue precedenti tornate.

Il Direttore Generale dell'Istruzione primaria ha quindi comunicato i provvedimenti adottati dal Ministero dell'I. P. per intensificare la costruzione degli edifici per le scuole primarie, specialmente nei comuni rurali, in modo che l'insegnamento elementare anche nei piccoli comuni del Regno si svolga in una sede degna della sua alta missione educatrice.

Sono quindi state esaminate ed approvate le disposizioni prese dai due Ministeri predetti per intensificare le colonie marine e montanine, i ricreatori estivi, ecc., coadiuvando con adeguati sussidi le iniziative locali o aiutandole dove esse sono completamente assenti, come avviene in molte regioni dell'Italia meridionale.

La Commissione, su relazione del Direttore Generale dell'Istruzione Media e Normale, ha preso in esame il problema dell'insegnamento dell'educazione fisica. A tal riguardo ha voluto sentire il parere dell'Ispettore centrale dell'Educazione fisica, dei capi degli Istituti di Magistero e di qualche insegnante della detta disciplina. Dall'ampia discussione svoltasi sull'argomento è risultato che è necessario sia meglio integrato l'insegnamento di questa disciplina sia nella scuola primaria, sia nella scuola media e specialmente nella scuola normale. È stato quindi affermato il concetto che l'educazione fisica debba avere un'importanza pari alla educazione morale ed intellettuale della gioventù. I provvedimenti relativi alla costruzione di palestre, allo studio di programmi, all'elevazione del personale, alla costituzione di organi speciali per il miglior insegnamento dell'Educazione fisica, sono stati concretati in una serie di proposte di massima presentate al Ministro della Pubblica Istruzione.

Le condizioni sanitarie nell'Europa centrale.

L'Associazione viennese dei medici ha trasmesso alla Commissione interalleata un memoriale circa il diffondersi di gravi malattie, in seguito alla denutrizione, chiedendo derrate e fegato di merluzzo per i bambini.

La Croce Rossa Svizzera ha ricevuto un telegramma da Budapest il quale dice che la conferenza fra i delegati della Croce Rossa Internazionale e dei Governi austriaco, ungherese, polacco, romeno, czeco-slovacco, ucraino, jugoslavo, ha constatato la necessità della lotta contro il tifo petecchiale che si diffonde nell'Europa orientale.

Si costituirà a Budapest un ufficio interalleato permanente per l'igiene, presieduto da un delegato d'una nazione neutrale.

Esso si occuperà dei provvedimenti di soccorso ai prigionieri rimpatrianti e alla popolazione dei territori di confine mancante completamente di biancheria, di viveri e di medicamenti.

Per l'ospedale di Lugano.

L'Amministrazione della Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde ha stabilito di erogare la somma di lire 3000 per l'ospedale di Lugano.

Abnegazione di un medico.

Merita di essere segnalato l'atto generoso ed eroico compiuto dal dott. Silvio Porta, direttore dell'Ospedale Civile di Recanati.

Una bambina di tre anni, colpita da difterite, venne portata all'Ospedale in imminente pericolo di soffocazione; la trachetomia, eseguita d'urgenza dal Porta, non sortì l'effetto desiderato: in tale contingenza disperata, il sanitario immise un tubo di gomma nella trachea e aspirò con forza. Grazie a questo intervento egli salvò la bambina.

Malgrado le iniezioni profilattiche di siero antidifterico, egli ha contratto una faringo-laringite specifica, fortunatamente non grave.

S.

Il 22 febbraio u. s., in Roma, si è serenamente spento il dott. FRANCESCO TAURO, capitano medico di complemento.

Nato a Castellana di Bari, 42 anni or sono, per avite tradizioni si decise a scegliere la professione sanitaria.

Si laureò a Roma nel 1904. Fu assistente nella clinica otorinolaringoiatrica del Ferreri. Le impellenti esigenze della vita lo obbligarono presto a peregrinare come medico condotto in vari paeselli.

Richiamato sotto le armi nel Gennaio 1915, egli, che per la sua condizione di medico condotto avrebbe potuto sottrarsi all'appello, preferì la via dell'onore e ai primi di maggio dell'anno glorioso era già nell'Alto Cadore, dove si distinse per atti di valore e per le amorevoli cure prestate a feriti e a moribondi.

Promosso, per merito di guerra, capitano medico, dovette, sui primi del 1917, con vivo suo rincrescimento, abbandonare il suo posto di combattimento in prima linea per i primi forti sintomi del male che doveva fatalmente condurlo alla tomba: una nefrite sub-acuta con scompenso delle funzioni cardiache, contratta durante il suo penoso servizio in alta montagna prima e poi in luoghi paludosi.

Dopo due anni di inenarrabili sofferenze, stoicamente sopportate, il dottor F. Tauro è spirato con la coscienza di aver compiuto tutto il suo dovere per la Patria e di aver scritto, col sacrificio della sua giovane persona, una nuova pagina gloriosa nella storia del suo illustre casato, che ha impresso un'orma indelebile nel martirologio dell'Italia meridionale.

Solenni e commoventi ne riuscirono i funerali. Unanime è stato il compianto della stampa romana e pugliese; e le attestazioni che uomini del Governo e del Parlamento, Esercito e Corpi accademici, hanno reso al valoroso e modesto sanitario, morto per la Patria, sono valse in parte a lenire l'immenso dolore della di lui famiglia, alla quale inviamo le nostre sentite condoglianze.

L. P.

Di un attacco di angina pectoris sopravvenuto dopo aver superato l'influenza, è morto a 67 anni il 26 febbraio u. s. ANDRE' CHANTEMESSE, professore d'igiene alla Facoltà di Medicina di Parigi, ispettore generale di Sanità al Ministero dell'Interno della Repubblica Francese.

Chantemesse istituì, con Widal, le prime ricerche d'immunizzazione attiva contro la febbre tifoide, mediante colture di tifo uccise col calore, e le applicò all'esercito coloniale marocchino. Questa pratica venne poi perfezionata da Wright, mediante l'uso di temperature poco elevate per la sterilizzazione delle colture.

Chantemesse ha anche preparato un siero contro la febbre tifoide. Egli ne faceva larghissimo uso nella sua pratica, ma l'efficacia del prodotto non è stata generalmente riconosciuta.

Le funzioni d'igienista ufficiale lo hanno portato ad occuparsi di argomenti svariatissimi d'igiene, dalla profilassi di frontiera alle mosche nella diffusione del colera.

Dopo la morte di Brouardel, condivise con Mosny la direzione del « Traité d'Hygiène ».

Il prof. A. EPSTEIN è morto recentemente a Praga ove dirigeva la primaria Clinica pediatrica boema ed il Brefotrofio.

La sua vita scientifica fu consacrata allo studio della fisiologia e della patologia del neonato. Egli ha descritto la pseudo-difterite del neonato, dimostrando che essa è lo stadio terminale dei « noduli palatini » di Bohn e delle « «ulcere pterigoidee » di Beduar e che tutte queste lesioni seriali sono provocate da lesioni meccaniche prodotte nel ripulire la bocca del neonato.

Altri argomenti da lui più specialmente studiati sono la sepsi generale dei primi giorni di vita, la tubercolosi del neonato, il lavaggio gastrico nel neonato, ecc.

Dotato di spirito filantropico, mise un impegno a tutta prova nel migliorare le condizioni igienico-sanitarie del Brefotrofio a lui affidato, riuscendo a ridurne la mortalità da quasi il 100 per 100 al 5 per 100, altezza a cui la mantenne poi costantemente.

Discendeva da famiglia tedesca ma era nato in Boemia, a Neuhaus, e si era laureato a Praga. Contava 70 anni.

È morto a Vienna in età di 70 anni, il professore FREIDRICH SCHAUTA, il reputatissimo ostetrico ginecologo di quella Università.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI *Roma, 30 marzo 1919* **Fasc. 13**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

MEMENTO AI RITARDATARI. **Saremo grati agli associati che non hanno ancora spedito l'importo del loro abbonamento di affrettarne l'invio possibilmente non più tardi della fine del corrente mese. Ciò faciliterà molto il lavoro amministrativo ed eviterà ritardi nella spedizione dei fascicoli.**

Rammentiamo che la Cartolina-Vaglia dovrà essere indirizzata nominativamente al prof. ENRICO MORELLI, *via Sistina, 14, Roma, e che la medesima (nel posto riservato al bollo dell' Ufficio Postale pagatore) deve essere munita della prescritta marca da bollo da 5 centesimi. Chi si trova sprovvisto della marca può accrescere detti 5 centesimi all' importo della Cartolina-Vaglia stessa.* L' AMMINISTRAZIONE.

RIVISTE SINTETICHE.

I criteri direttivi e la tecnica per la terapia operatoria del cancro della mammella

per il dott. GUIDO EGIDI.

È generalmente ammesso che il cancro della mammella, come i cancri di tutti gli altri organi, insorga come una malattia circoscritta e che dalla sede primaria, ordinariamente unica, infetti poi a poco a poco i tessuti circostanti e si diffonda principalmente per la via dei linfatici.

Vi sarebbe dunque un periodo nel quale l'asportazione del solo focolaio primario dell'infezione cancerosa potrebbe dar la guarigione. È quanto sembra confermato dall'esperienza di Kocker il quale in 8 casi di cancro incipiente della mammella si limitò a eseguire demolizioni, che ogni chirurgo riterrebbe incomplete, avendo per risultato che, dopo 3 anni, sei delle operate si conservavano guarite e solo due avevano avuto delle recidive. Sebbene questo risultato certo non sia stato cattivo, nè il grande chirurgo di Berna nè altri pensarono che valesse a dimostrar altro se non la fondatezza della speranza che la precocità degli interventi potesse migliorare le statistiche delle guarigioni definitive.

L'intervento precoce è in fatti per tutte le affezioni neoplastiche uno dei più importanti elementi di successo; l'altro è intimamente collegato con l'asportazione del tumore e di tutti i tessuti che contengono gli organi nei quali l'esperienza ha insegnato che, già al momento dell'operazione, anche se clinicamente nulla sia apprezzabile, possono trovarsi germi neoplastici.

Sono questi germi quelli che preparano le recidive. La massima parte delle recidive si osserva nei primi 3 mesi dall'intervento; poi, fino al 6º mese, si ha una progressiva diminuzione e la diminuzione continua ancora fino a che le recidive divengono così rare che si è convenuto di considerar guarite le persone che abbiano sopravvissuto fin oltre il 3º anno. Tuttavia questo limite non costituisce alcuna garanzia contro recidive ritardate; infatti son noti casi nei quali la recidiva avvenne

dopo 5 o più anni e Grossmann ha potuto calcolare che le recidive dopo il 3° anno si presentano ancora nella non bassa proporzione del 10 %.

La cognizione di questi fatti ha diffuso la consuetudine di eseguire sistematicamente delle estese demolizioni; probabilmente a questo sistema si è dovuto se il numero delle guarigioni definitive è sembrato aumentare quasi di anno in anno fino a che si sono avute alcune statistiche che debbono veramente esser considerate come buone. Per es. quelle di Rotter, Heydenhain, Halsted, Cheyne e di Hellferich danno una proporzione di guarigioni del 42%; quella di Lennauder del 53% e altre sono egualmente buone o anche migliori: associando le estese demolizioni con la precocità dell'intervento, è riuscito a Cryle di avere l'80% di guarigioni.

Affinchè le recidive possano essere evitate occorre che l'intervento asporti tutti i tessuti contenenti germi del cancro. Sarà perciò importante conoscere le vie di diffusione di esso affinchè asportandole si possano allontanare anche quei germi che non sono apprezzabili clinicamente o con la biopsia operatoria.

L'accrescimento del cancro della mammella avviene per mezzo di propagini mediante le quali il focolaio iniziale invade i tessuti contigui; la diffusione discontinua si verifica principalmente per la via dei linfatici. Essa è molto precoce. Heydenhain e Stiles poterono trovare in casi di cancri iniziali piccoli nodi carcinomatosi embolici in vasi linfatici della mammella a grande distanza dal nodo primario; così che pochissimo tempo dopo l'inizio della malattia, la mammella deve essere considerata come totalmente infetta. Essa quindi deve essere asportata tutta e insieme debbono essere asportate quelle porzioni aberranti di tessuto ghiandolare che, come insegnò Volkmann, possono trovarsi fino in vicinanza dello sterno, della clavicola e della linea ascellare. Per asportar queste porzioni, il più sicuro mezzo è quello di asportare estesamente tutto il connettivo perimammario.

Si ammette generalmente che le cellule cancerose penetrate nei vasi linfatici vi si propaghino dando origine a nuove colonie di elementi cancrosi nei punti ove si soffermano e trovano condizioni adatte allo sviluppo. Sarà perciò di grande importanza conoscere i linfatici della mammella e le vie da essa efferenti.

La mammella rappresenta morfologicamente un gruppo di ghiandole sebacee solo funzionalmente differenziate. Essa si trova interposta tra la cute e la fascia pettorale conservando intime connessioni linfatiche con ambedue queste formazioni. Nel derma esiste un plesso linfatico sottopapillare dal quale partono tronchi che, decorrendo normalmente alla superficie dei tegumenti, si approfondano nel grasso sottocutaneo fino a raggiungere un altro plesso situato sopra l'aponeurosi, il cosiddetto plesso fasciale. I tronchi di comunicazione tra i due plessi decorrono lungo i setti fibrosi che uniscono il derma all'aponeurosi (legamenti di Cooper). Come la mammella ha una alta differenziazione funzionale, così anche il suo reticolo linfatico è molto sviluppato e comunica da una parte con quella porzione del plesso sottopapillare che per ragioni topografiche viene detto sotto-areolare e dall'altro col plesso fasciale. Questo ultimo per la sua cospicuità e per la sua sede è verosimilmente la principale via di deflusso per la linfa proveniente dalla mammella.

Lo studio delle vie linfatiche efferenti dalla mammella ha per la terapia del cancro di questo organo un grande valore così che mi sarà permesso riferirne un po' dettagliatamente, se pure l'esporre partitamente i reperti dei singoli autori genererà qualche ostacolo alla chiarezza schematica.

Secondo Gerota vi sono un gruppo di tronchi linfatici che dal quadrante superiore esterno della mammella si recano direttamente verso l'ascella. Essi rappresentano la prima via di diffusione del cancro. Contemporaneamente o poco più tardi delle metastasi ascellari si palpano dei nodi cancerosi sulla parete laterale del torace o sotto il margine inferiore della mammella. Essi corrispondono al decorso di una via linfatica che passa attraverso una o più ghiandole situate 1-3 cm. sotto il margine inferiore della mammella (*lynphoglandula paramammillaris*) oppure trasversa delle ghiandole che si trovano nel territorio dei rami laterali dell'arteria toracica laterale. Questi piccoli vasi e ghiandole linfatiche difficilmente visibili, anche dopo aver fatto delle buone iniezioni, vengono ben messi in evidenza nei casi di cancro del seno.

Gerota ha anche messo in evidenza che non esiste indipendenza tra i territori linfatici mammari dei due lati, cosicchè resta spiegato come, in seguito un cancro di un lato, possano ammalare anche la pelle e le ghiandole dell'altro lato.

Frequentemente colpito è anche il muscolo pettorale. La partecipazione di questo muscolo alla invasione cancerosa è legata al fatto che numerosi vasi linfatici provenienti dalla mammella accompagnano i rami perforanti dell'ascella mammaria interna, specialmente il secondo e il terzo. Gerosa riuscì a iniettarli e potè così vedere che, dopo aver attraversato il m. pettorale e il torace, sboccano in quei vasi linfatici che seguono il corso dell'a. mammaria interna. La presenza e il decorso dei detti tronchi, attraverso i quali si propaga la malattia, spiega le recidive che sono state osservate nel m. pettorale anche quando la biopsia ope-

ratoria non aveva fatto osservare alcuna alterazione di esso.

Finalmente un'ultima via di diffusione fu messa in evidenza da Gerota in una donna morta per recidiva di cancro del seno. Il cadavere presentava una grossa ulcerazione neoplastica sulla cicatrice di una pregressa amputazione della mammella destra; nel lato sinistro del petto si trovavano numerosi nodi e le ghiandole ascellari sinistre erano fortemente prese. Finalmente erano tumefatte anche le ghiandole inguinali del lato destro. Per mezzo delle iniezioni Gerosa potè dimostrare che alcuni vasi linfatici che accompagnano l'a. mammaria interna seguono questo vaso fino a che diventa a. epigastrica superiore e, sempre rimanendo satelliti dei vasi sanguigni, seguono poi l'a. epigastrica inferiore, dopo che questa si è anastomizzata con la superiore. All'altezza della linea di Douglas i vasi linfatici incontrano un piccolo gruppo di ghiandole.

Questa via non è ordinariamente seguita dalle metastasi del cancro; essa però può esserlo quando le più frequentate stazioni linfatiche siano state soppresse da operazioni o ostruite da metastasi. Per spiegare dei reperti rari, che potrebbero sembrar strani, Gerota ricorda che nella regione anteriore del tronco la linfa può correre in due direzioni: una superiore e l'altra inferiore e che, tanto verso l'alto come verso il basso, esiste una via superficiale e una profonda. Delle vie superficiali la superiore va verso il cavo ascellare, l'inferiore verso la regione dell'inguine; le profonde accompagnano, sia in alto che in basso, prima i rami perforanti e poi i tronchi delle arterie mammaria interna e epigastrica inferiore.

Grossmann constatò che esiste ancora un'altra via linfatica la quale, attraverso il m. grande pettorale, lungo l'a. toracica superiore, mette capo ad alcune ghiandole infraclavicolari e si anastomizza, in corrispondenza della faccia anteriore del m. piccolo pettorale, con le vie linfatiche che vanno alle ghiandole ascellari.

Heidenhain, dopo aver osservato che, in seguito all'amputazione della mammella associata allo svuotamento della cavità ascellare, le recidive sono rare nell'ascella, mentre sono frequenti nella regione pettorale, potè dimostrare che, dopo l'amputazione della mammella, possono residuare sulla faccia anteriore del m. pettorale dei frammenti di ghiandola contenenti germi del cancro; inoltre che il grasso retromammario contiene numerose vie linfatiche che vanno dalla mammella all'aponeurosi, le quali, nel maggior numero dei casi, contengono precocemente delle metastasi microscopiche. Perciò raccomandò di asportare sempre la porzione superficiale del m. pettorale.

Rotter trovò che le ghiandole retropettorali vengono colpite molto presto; in molti casi anche prima che siano malati il muscolo e l'aponeurosi. Mediante preparazioni molto delicate, potè mettere in evidenza rami dell'a. toracica superiore accompagnati da vasi linfatici che si recano direttamente alla mammella traversando il m. pettorale. Ciò spiega come le ghiandole retropettorali possano precocemente ammalare. Egli ne trae la conseguenza che, in ogni operazione per cancro mammario, tutta la porzione sternale del m. pettorale deve essere asportata; mentre la porzione clavicolare, se i gangli sottoclavicolari sono sani, può essere lasciata.

In tutti i casi nei quali i gangli retropettorali siano precocemente ammalati, si deve supporre che la invasione cancerosa abbia già raggiunto anche la pleura attraverso gli spazi intercostali. Così resterebbe spiegato come anche le più radicali operazioni abbiano spesso risultati imperfetti.

Le metastasi negli organi interni compaiono di solito tardivamente e non sono molto frequenti. Però se ne osservano tanto nei soggetti non operati come, purtroppo, anche in alcuni di quelli operati. Ne sono sede il fegato, i polmoni e la pleura.

Tra le ossa, le più comuni sedi di metastasi sono il femore e l'omero; ma non ne sono immuni nè le ossa del cranio nè le vertebre. Sembra invece che godano una certa immunità le ossa della gamba e del piede, dell'avambraccio e della mano.

Handley ha creduto di vedere nella diffusione delle metastasi ossee una certa tipicità la quale corrisponderebbe al tipo delle metastasi cutanee, essendo tanto le une come le altre comprese in territori quasi perfettamente corrispondenti. Se infatti i territori nei quali i nodi metastatici cutanei sono stati osservati si confrontano con quelli visitati dalle metastasi ossee, si trova che i segmenti di arti situati al di sotto del gomito e del ginocchio sono immuni. Ciò trova difficilmente spiegazione se si pensa che le metastasi avvengano per embolie di cellule cancerose.

Handley ha ripreso in esame tutta la patogenesi delle metastasi del cancro contestando la verosimiglianza dei concetti finora dominanti. Si crede per es. che l'invasione della cute avvenga perchè le cellule neoplastiche si diffondono per continuità lungo i plessi linfatici oppure perchè, dopo che le stazioni linfatiche sono state chiuse da embolie cancerose, la linfa è obbligata a fluire lungo i vasi linfatici restati pervii e perciò deve talvolta andare a ritroso per tratti più o meno lunghi lungo i quali dissemina embolie retrograde.

Handley contro la semplice diffusione cutanea per continuità fa prima di tutto osservare che l'esistenza di un plesso linfatico cutaneo profondo non è certa, anzi egli la nega; poi osserva che tra

nodo e nodo cutaneo non è dimostrabile alcuna connessione di tessuto canceroso.

Contro la dottrina dell'embolia retrograda Handley pone la riflessione che nei linfatici maggiori esistono valvole sufficienti a impedire il circolo retrogrado; che nella rete minore la corrente è così debole da non poter trasportare le cellule cancerose.

L' invasione cancerosa dei linfatici avverrebbe per continuità centrifugamente dal tumore primario; ma, mentre verso la periferia le cellule cancerose troverebbero in alcuni tratti ambiente adatto alla moltiplicazione, nei tratti intermedi la reazione dei tessuti circostanti determinerebbe fatti regressivi nei tronchi che uniscono le efflorescenze estreme alla massa neoplastica centrale. Dal tumore primario verrebbero invasi per primi i tronchi linfatici fasciali e da questi l'invasione continuerebbe in direzione centrifuga permeando tutta l' area sopra-aponeurotica; dalla rete sopraaponeurotica, sempre seguendo i linfatici, partirebbero poi dei germogli diretti verso la superficie e altri diretti in profondità.

Esistono tra la cute e l'aponeurosi delle connessioni fibrose nelle quali decorrono dei vasi linfatici, è questa la via che rende permeabile la cute alla invasione cancerosa. Quando le cellule cancerose son giunte alla cute, vi si sviluppano formando un nodo che prende a crescere per suo conto. La zona ove diviene apprezzabile il nodo, non costituisce il limite estremo dell'invasione cancerosa; questa ordinariamente ha compiuto sopra la fascia un cammino centrifugo molto più esteso permeando in tutti i sensi le vie linfatiche preesistenti. La permeazione ostruente è ostacolata nei grossi tronchi linfatici a cagione della corrente che trasporta le cellule neoplastiche verso le stazioni linfatiche; ma se una ostruzione di esse ha determinato un ristagno, anche i grossi tronchi possono essere invasi. La presenza di cellule neoplastiche nei vasi linfatici non desta reazione fino a che il vaso non viene a rompersi. Ma quando ciò avviene, il tessuto connettivo circostante comincia a proliferare formando granulazioni che, dopo aver distrutto il tralcio neoplastico, si trasformano in tessuto fibroso. Resta una fibrosi perilinfatica che è l'esito di un processo di guarigione che sarebbe completo se frattanto la permeazione non fosse giunta più oltre centrifugamente. È così che le metastasi nodulari nei diversi organi parietali (cute, muscoli, ossa) possono trovarsi disseminate in modo apparentemente discontinuo.

Si è fino ad Handley ritenuto che le metastasi ossee avvenissero per la via sanguigna; ma questo A. ha cercato di spiegare anch'esse con la dottrina della permeazione linfatica.

Sembra prima di tutto che l'ambiente dei vasi sanguigni sia poco adatto alla proliferazione delle cellule cancerose. Schmidt, studiando i polmoni dei cancerosi, ha trovato che le embolie cancerose determinano delle trombosi e che le cellale neoplastiche rapidamente vengono distrutte. Se dunque le cellule che giungono nel torrente sanguigno son poche non possono produrre metastasi; se sono molte e possono sopraffare i mezzi di difesa ordinari, nel dare le metastasi dovrebbero distribuirsi indifferentemente a tutti i territori nei quali il circolo capillare le ferma. Ora sembrerebbe strano che delle metastasi ossee, avvenute per la via del sangue, preferissero alcune ossa e ne evitassero delle altre; inoltre, nei soggetti che presentano metastasi ossee, si dovrebbero trovare, contrariamente a quanto avviene, metastasi polmonari in gran numero.

Avendo trovato che i territori di diffusione delle metastasi ossee e cutanee si corrispondono, Handley è stato portato ad ammettere che la corrispondenza fosse legata a una comune via di diffusione. Le metastasi cutanee sarebbero, per così dire, i germogli superficiali e quelle ossee i profondi di un unico processo di cancerosi dal quale sarebbe stata permeata la rete linfatica fasciale.

Questo concetto patogenetico è facilmente accettabile per le riproduzioni nello sterno e nelle coste che, per la loro vicinanza alle fascie, sembrano più esposte alla permeazione; ma l'ammettere uno stesso processo per le metastasi nel femore, nello omero, nel cranio e nelle vertebre sembra più difficile.

Il femore e l'omero, per es., presentano ordinariamente le metastasi in punti tipici che sono per l'omero il terzo medio al di sotto dell'inserzione del m. deltoide e per il femore il terzo superiore vicino al gran trocantere. Ambedue queste porzioni sono vicine all'ingresso di arterie nutritizie, ma, come osserva Handley non sono nei tratti ove dovrebbero fermarsi le embolie di quelle arterie; invece le predette regioni sono molto superficiali e quindi in rapporti abbastanza stretti con le fascie aponeurotiche.

Nel capo la disseminazione può avvenire attraverso le fascie permeate tanto verso la superficie con noduli cutanei, tanto verso la profondità con metastasi ossee. V'è infatti corrispondenza tra le cifre che indicano la partecipazione della cute e delle ossa craniche alle metastasi. Un'altra via di permeazione verso il cranio sarebbe rappresentata dalle vie linfatiche che seguono l'a. meningea media e che possono essere invase quando nel collo esistano metastasi ghiandolari.

La dottrina di Handley sembra molto verosimile nei riguardi delle metastasi nodulari cutanee, ma riguardo alle metastasi ossee la sua applicazione appare meno chiara. Certo la corrispondenza

tra le zone di distribuzione delle metastasi cutanee e ossee ha un valore suggestivo; ma essa non autorizza che delle supposizioni, mentre gli argomenti addotti per negar valore alle metastasi per via ematica non sono molto validi in quanto che si fondano principalmente sulla negazione che i germi propagati per la via del sangue possano elettivamente localizzarsi in alcuni organi o in alcuni tessuti. Ora è un fatto accertato che tanto le metastasi bacillari o cocciche, quanto quelle di alcuni neoplasmi presentano delle predilezioni particolari forse spiegabili pensando alla diversa recettività specifica di alcuni organi.

Qualunque possa essere il giudizio definitivo sulla permeazione linfatica, la conclusone pratica che essa suggerisce è di sopprimere con l'intervento, quanto più estesamente è possibile, la via principale di diffusione del cancro che è la rete linfatica fasciale. In ciò dunque gli studi Handley sono una conferma di conoscenze più antiche.

Se ora ricapitoliamo ciò che emerge dalla precedente esposizione, troviamo che, quando una mammella ammala di cancro, anche se il cancro è limitato, in tutto l'organo e nelle sue propagini si possono trovare vasi linfatici contenenti cellule cancerose. Precocemente cumuli di germi neoplastici invadono i tralci connettivali che, traversando il grasso, vanno al derma; precocemente deve considerarsi infetto anche il grasso perimammario. La via principale di diffusione dalla mammella è rappresentata dai vasi linfatici che vanno all'aponeurosi e si dirigono in parte alle ghiandole pettorali superficiali situate al margine del muscolo, in parte alle ghiandole profonde situate sotto il muscolo. Essi accompagnano poi i vasi toracici fino alle ghiandole ascellari; alcuni si dirigono direttamente alle ghiandole sottoclavicolari le quali comunicano con quelle ascellari e, tanto le une come le altre, comunicano con quelle sopraclavicolari. Solo i linfatici che provengono dalla parte interna della mammella, seguendo i rami dell'a. mammaria interna, vanno alle ghiandole sternali situate lungo quest'arteria.

Tenendo conto di queste cognizioni, la tecnica dell'operazione per il cancro della mammella si è gradatamente sviluppata dalla semplice amputazione del seno alla estirpazione delle ghiandole accessibili da un semplice taglio ascellare, poi alla esportazione della fascia pettorale secondo Volkmann, poi ancora alla asportazione dei fasci superficiali del m. pettorale secondo Heidenhain e di tutto il muscolo secondo Rotter per giungere infine agli estesi svuotamenti di Willy Meier e alla complessa operazione di Halsted la quale si compone di una estesa asportazione della mammella e del grasso perimammario, delle ghiandole e del grasso dell'ascella, dei mm. pettorali, delle ghiandole e del grasso infraclavicolari e eventualmente allo svuotamento della fossa sopraclavicolare fatto dopo aver sezionato la clavicola.

Il modo di procedere nell'operazione ha variato secondo le preferenze individuali, però si è generalmente riconosciuto giusto il concetto di asportare in una sola massa le ghiandole, il connettivo, i muscoli, la mammella e la cute che la copre. In tal modo sembrano più difficili le inoculazioni operatorie le quali debbono sempre esser temute, atteso che, se non per il cancro della mammella, per altri cancri sono stati citati dei casi molto suggestivi (Moullin, Ryall) di innesti operatorii.

Le manualità operatorie possono favorire la diffusione dei germi del cancro anche in altro modo; turbando cioè l'intensità delle correnti linfatiche e col mettere in circolo una maggiore quantità di germi. Sotto questo riguardo debbono essere considerate come pericolose anche le palpazioni ripetute e indelicate che, per tal motivo, sarà bene evitare fin da quando la paziente viene esaminata. Durante l'operazione poi gioverà ordinare i diversi tempi in modo da procedere dalle stazioni ghiandolari prossimali verso l'organo primitivamente malato, e perciò più carico di materiale infettante, cosicchè fin dall'inizio restino troncate le vie di comunicazione che potrebbero esser percorse dai germi neoplastici messi in moto dalle manovre dell'intervento.

Questo si compone di più parti delle quali ciascuna merita una speciale menzione. Esse sono lo svuotamento del cavo ascellare, della regione sottoclavicolare e eventualmente della regione sopraclavicolare e infine l'asportazione della pelle, della ghiandola, del connettivo e del grasso periglandolare, delle fascie e dei muscoli pettorali e della parte superiore della fascia del m. grande retto dell'addome.

Lo svuotamento del cavo ascellare richiede una ampia esposizione della regione che può esser considerata raggiunta quando sia stato sezionato il m. grande pettorale vicino alla sua inserzione all'omero e si siano bene scoperti i margini dei muscoli grande dorsale e grande rotondo nel pilastro posteriore dell'ascella. Partendo dal margine di questi muscoli, seguiti in basso fino al punto dove si separano dal torace, si disseccano e si spostano dal basso all'alto, verso il margine del m. grande pettorale, tutto il connettivo e la fascia insieme col grasso e con le ghiandole pettorali inferiori. I nervi del grande dorsale e del grande dentato vengono scoperti e rispettati; più in alto tutto il grasso, insieme con le ghiandole ascellari e con la fascia, vengono dissecati dalla faccia anteriore del m. sottoscapolare e del m. serrato anteriore e spostati in alto fino alla vena ascellare.

Per eseguire lo svuotamento della regione sottoclavicolare, si abbassano il m. grande pettorale e l'aponeurosi clavi-coraco- pettorale insieme con

le ghiandole comprese tra la clavicola e il m. piccolo pettorale; questo muscolo viene disinserito dal processo coracoideo e abbassato. Ora i vasi appaiono bene esposti. Si recidono tra due pinze i rami che sono tesi verso il torace e verso l'ascella e si ha allora libero accesso alle ghiandole infraclavicolari le quali con cura debbono essere ricercate anche nel tratto che va dai vasi fin sotto la clavicola.

Se delle ghiandole aderissero alla vena ascellare, un tratto di questa andrebbe resecato provvedendo poi a ricostituire la continuità del vaso con sutura. Se questa non fosse possibile, caso raro, ci si limiterebbe a porre una legatura a valle e una a monte del tratto resecato; questo modo di procedere è però da evitare per quanto è possibile, poichè la stasi venosa che ne deriva, associata alla stasi linfatica, può esser cagione di ingrandimenti elefantiastici dell'arto superiore corrispondente.

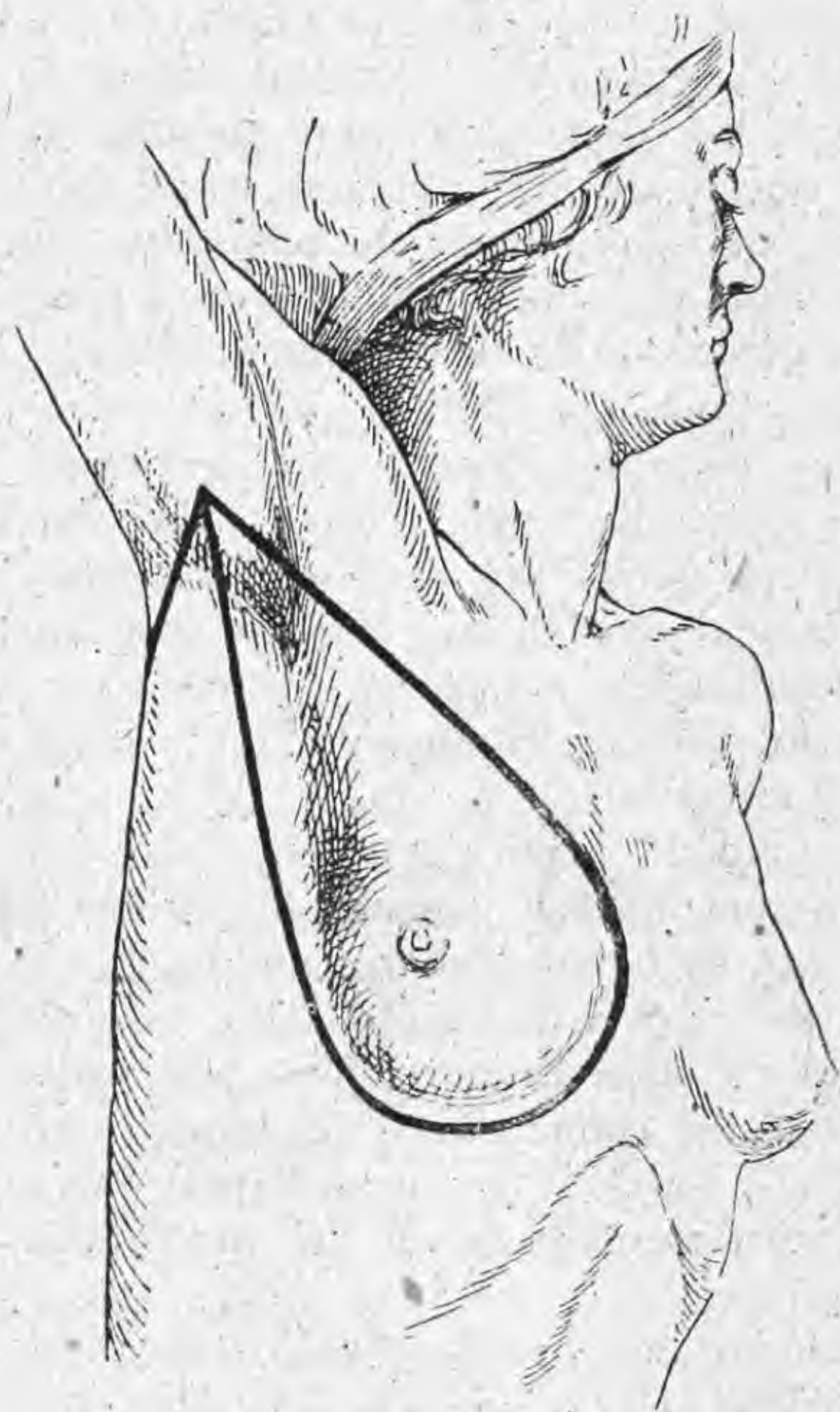



Fig. 1.

Se non riesce agevole asportare le ghiandole che si trovano sotto la clavicola, questa viene sezionata obliquamente dall'alto e dall'interno verso il basso e l'esterno (Halsted) e sollevata. La sezione della clavicola può essere un atto preliminare utile allo svuotamento della fossa sopraclavicolare. La necessità di svuotare anche la fossa sopraclavicolare non è universalmente riconosciuta. Molti chirurghi lo tralasciano quando le ghiandole infraclavicolari siano sane e non si trovino ghiandole malate sotto la pelle o sopra il piccolo pettorale vicino alla clavicola; altri invece (Halsted, Cushing) svuotano sistematicamente in ogni caso la fossa sopraclavicolare.

Lo svuotamento della fossa sopraclavicolare richiede un prolungamento dell'incisione cutanea che renda accessibili gli organi contenuti nel triangolo inferiore del collo. Le ghiandole che debbono essere asportate sono le cervicali superficiali e quelle profonde comprese quella ghiandiola che si trova nell'angolo tra la vena succlavia e la giugulare interna (*glandula augularis*), l'estirpazione della quale espone al pericolo di ledere il dotto toracico. La lesione di questo dotto è stata osservata più volte e non ha di solito recato altro disturbo che l'emissione di una certa quantità di linfa per un periodo di alcuni giorni. Cushing in un caso è riuscito a eseguire la sutura del dotto leso; in molti casi, come abbiamo detto, la lesione del dotto, benchè non curata idealmente come nel caso di Cushing, non ha portato serie conseguenze.

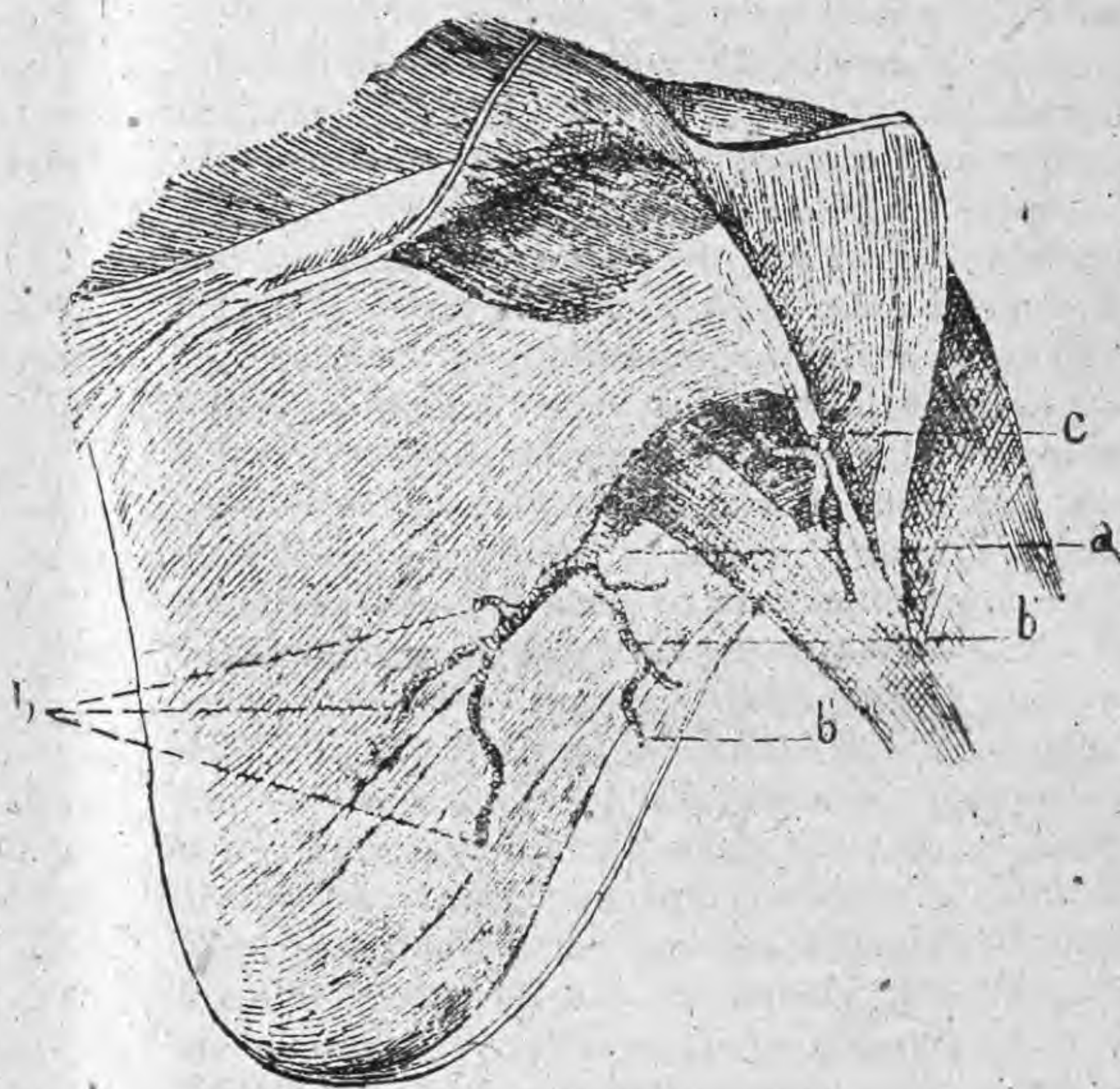



Fig. 2.

Se le ghiandole e il connettivo sono state distaccate dalle loro sedi normali e spostate verso la regione pettorale si può infine procedere all'ultima parte dell'operazione e giungere al risultato di asportare in una sola massa la parte che contiene il tumore primario e le vie e le stazioni linfatiche nelle quali si stavano preparando le riproduzioni. Si ha anche il vantaggio di trovar già legati un buon numero dei vasi che vanno alla regione, così che l'amputazione della mammella, del grasso, della pelle e dei muscoli pettorali si trova facilitata.

La dissezione deve spingersi in basso fino a scoprire le inserzioni superiori del m. grande retto dell'addome, del quale, secondo Handley, si deve asportare la fascia; all'interno la dissezione deve giungere fino allo sterno.

Questa cospicua operazione, purchè condotta asetticamente e purchè l'emostasi sia esatta, non è gravemente pericolosa. Le pazienti si rianno rapidamente del lieve shock operatorio e, se si esclude il pericolo delle polmoniti, non vanno incontro ad altre complicazioni.

Le alterazioni funzionali che ne conseguono sono principalmente in relazione con l'exeresi dei muscoli pettorali, con il turbamento del circolo nell'arto, con le contratture cicatriziali. L'asportazione dei pettorali indebolisce la adduzione dell'arto; però essa può ancora esser compiuta per effetto della contrazione dei fasci clavicolari del m. deltoide e dal m. grande dorsale. I disturbi di circolo sono notevoli solo se venga lesa la vena ascellare. La chiusura di questo vaso perifericamente all'imbocco della vena cefalica viene compensata con relativa facilità; il circolo invece trova difficoltà a ricostituirsi sufficientemente se la chiusura, essendo al di sopra della vena cefalica esclude anche questo vaso importante per il circolo collaterale. La circolazione venosa può esser turbata, oltre che da lesioni operatorie, dalla compressione di cicatrici e queste forse sono le più frequenti cagioni degli edemi cronici nell'arto superiore del lato operato.

Fig. 3.

Fig. 4.

Le dannose conseguenze delle cicatrici si manifestano ancora in altro modo. Si è frequentemente osservato che, dopo l'operazione le pazienti erano nella assoluta impossibilità di elevare il braccio. Questo difetto funzionale non ha per cagione lesioni nervose nè muscolari nè articolari; dipende da una contrattura desmogena dovuta al fatto che per coprire il difetto cutaneo primario si è fatta scorrere verso la regione pettorale la pelle dell'ascella, mentre il braccio era avvicinato al tronco e la pelle dell'ascella sembrava perciò esuberante. Quando poi, a guarigione avvenuta, si tenta di elevare il braccio, la pelle dell'ascella limiterà il movimento fino a che graduali adattamenti funzionali non consentano che la pelle del fianco e del dorso scorra verso l'ascella. Questi scorrimenti secondari saranno impossibili se nell'ascella esisterà una cicatrice profondamente aderente. Allo scopo di evitare i non lievi inconvenienti della contrattura occorrerà provvedere a che nell'ascella non decorrano cicatrici o ancor meglio a che l'ascella resti provveduta di un conveniente impellamento.

Queste considerazioni ci portano al problema delle incisioni e delle plastiche cutanee dal quale non abbiamo finora fatto cenno.

I processi di plastica usati per colmare i difetti

cutanei consecutivi all'operazione per il cancro della mammella, variano dai semplici trapianti epidermici, alle plastiche per scorrimento del margine esterno della ferita (Collins Warren e altri), o dal margine interno spostando la mammella sana (Assacky, Francke, Legueu).

Senza voler fare una completa enumerazione di processi che non possono qui esser riferiti tutti, ci limiteremo a esporre dettagliatamente un processo che sotto ogni riguardo risponde ai requisiti precedentemente accennati e che, pur essendo stato completamente studiato in Italia, non è forse ancora abbastanza noto tra noi.

Il prof. Tansini, che è stato tra i primi a proclamare la necessità delle ampie demolizioni per curare il cancro della mammella, ha fin dal 1895 ideato un processo del quale fanno parte l'asportazione di tutta la cute mammaria e un processo di plastica. L'A. aveva in mira, oltre che di riparare il difetto cutaneo, di portare nella regione pettorale un tratto di cute, quella del dorso, la quale fosse, per usare le sue stesse parole, poco proclive all'innesto del cancro; infine voleva evitare che la cicatrice, decorrendo nell'ascella, ostacolasse i movimenti del braccio e comprimesse la vena ascellare.

Egli è solito compiere la parte demolitrice dell'operazione attraverso un taglio cutaneo (vedi fig. 1) ovalare che circonda la mammella in basso e si prolunga in alto e all'esterno verso l'ascella fino all'apice di questa. Viene asportata tutta la cute mammaria e buona parte della cute che copre il margine inferiore del m. pettorale, ove, come è noto, si trovano ghiandole linfatiche molto frequentemente infette. Se si considera che il quadrante supero esterno della mammella è la preferita sede del cancro di detto organo e che cospicue vie linfatiche decorrono da questo tratto direttamente verso l'ascella, si troverà che l'incisione di Tansini corrisponde a quella che nel maggior numero dei casi è indicata per asportare la pelle che più si deve considerare esposta all'infezione cancerosa.

Fig. 5.

Fig. 6.

Se la consideriamo in confronto con altre incisioni, per es. con quelle di Kocher e di Warren, troviamo che queste ultime danno accesso anche alle regioni sotto e sopraclavicolari, mentre l'incisione di Tansini da sola non permette lo svuotamento di queste regioni. Però, prima di tutto,

non è generale l'opinione che l'intervento su queste regioni costituisca un atto sempre necessario e, in secondo luogo, chi volesse eseguirlo non avrebbe che da aggiungere un'incisione che, partendo da sopra la metà della clavicola, vada a raggiungere il margine superiore interno dell'incisione di Tansini. Questo complemento non modifica affatto il tipo originario dell'operazione, i principii della quale restano immutati.

Affinchè la plastica, che fa parte del metodo, renda il vantaggio che l'A. se ne è proposto, occorre che il lembo dorsale, col quale si colma il difetto cutaneo, sia certamente vitale. Dopo le prime operazioni, fu qualche volta osservata la necrosi della porzione terminale di esso; ulteriori studi misero in evidenza che la necrosi si verificava quando, disseccando il lembo verso il peduncolo, restava ferito un ramo arterioso importante. Ricerche anatomiche istituite per dilucidare questo punto dimostrarono che al peduncolo del lembo di Tansini corrispondono rami arteriosi provenienti dall' a. sottoscapolare; tra essi il più importante è il ramo inferiore (vedi fig. 2) dell'a. circonflessa della scapola. Questo ramo passa tra i mm. grande e piccolo rotondo per dare poi rami alla cute e al m. grande dorsale il quale riceve anche rami che provengono direttamente dall' a. scapolare inferiore.

Se una porzione del muscolo grande dorsale è compresa nel lembo, la vitalità di questo resta assicurata; la nutrizione è anche più abbondante se si comprende verso la base del peduncolo anche il m. grande rotondo.

Il lembo così costituito è ben irrorato e ha grande spessore. Con esso è agevole riparare la perdita di sostanza cutanea e una parte di quella che risulta dalla asportazione del m. grande pettorale. (vedi fig. 3–4).

La perdita di sostanza subita dal m. grande dorsale rende più agevole la riparazione del difetto secondario il quale altrimenti sarebbe difficile a chiudere.

Il peduncolo del lembo dovrà avere una grandezza di 6–7 cm. e, per comprendervi i vasi più importanti, il suo centro dovrà corrispondere a un punto situato a 3 cm. dalla linea ascellare posteriore a 5 cm. dalla spina della scapola, a 10 cm. dall'angolo della scapola.

Il lembo, di forma ovalare, sarà diretto in basso e in dentro verso la linea mediana del dorso.

Il margine anteriore del penducolo parte dall'estremità della ferita ascellare e viene poi, quando si trasporta il lembo, a riunirsi col margine anteriore della ferita stessa; il posteriore, tagliato nella pelle del dorso a 6 cm. di distanza dal primo, così da comprendere il punto di emergenza dei rami arteriosi indicati, viene a riunirsi col margine posteriore (vedi fig. 5–6) della ferita ascellare.

Questo processo è stato usato con buoni risultati, oltre che dal Tansini e dalla sua scuola, dal Campari, dal Cignozzi, dal D'Este, dal Cernezzi, dall'Albanese, dall'Aiello, dall'Uffreduzzi, dal Bindi in Italia e dal Thévenard e dal Guibé in Francia.

Mi è sembrato opportuno ricordare estesamente i particolari tecnici del processo di Tansini per la ragione che la plastica che ne fa parte completa il programma della cura chirurgica del cancro della mammella. Questo programma ha finora contenuto quasi esclusivamente la tecnica della demolizione rispetto alla quale si son certo compiuti progressi notevoli; mentre i problemi, diremo così, riparativi, all'infuori che nel processo di Tansini, non sono stati egualmente curati, o soddisfacentemente risolti; benchè anch'essi siano importanti e meritino attenzione.

Gli zinchi delle figure 1, 3 e 4 ci sono stati cortesemente favoriti dalla redazione della « Riforma Medica ».

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Una nuova sindrome pluriglandulare.

(W. TIMME. *Endocrinology*, 1918, n. 3).

Durante gli ultimi anni nell'Istituto Nevrologico di New-York si sono presentati molti giovanetti che hanno accusato una profonda astenia muscolare. Di solito questa era accompagnata da una cefalea localizzata alla fronte ed alla base del cranio fra le due tempie. Questi fenomeni si presentavano insieme ad un rapido sviluppo dell'altezza del corpo e delle estremità. L'esame clinico radioscopico dei pazienti dimostrò molti segni caratteristici comuni. Un caso si potette osservare per sei anni fino alla guarigione avvenuta quando il soggetto aveva l'età di 32 anni. Il decorso di questo caso presentò varî stadii diversi per sintomatologia, stadii nei quali si potette riconoscere la fenomenologia offerta dai singoli pazienti osservati in varie epoche dell'affezione e non seguiti per tutto il decorso.

Così che Timme ha potuto osservare sindromi di vario tipo: 1. tipi clinici presentati nei singoli casi in età diverse ed in stadî diversi della sindrome; 2. casi progressivi osservati per un vario periodo di tempo, da uno a sei anni, con modificazioni successive dei disturbi probabilmente di natura compensatoria; 3. casi completi nei quali i disturbi avevano subito un arresto e nella anamnesi dei quali c'erano fatti identici osservati in casi che erano ancora in sviluppo; 4. casi incompleti nei quali l'affezione dopo essere passata per parecchi stadi preliminari rimaneva indefinitamente stazionaria.

La sindrome si presenta generalmente negli anni precedenti la pubertà e dura nelle sue varie fasi circa due decadi.

La *prima* fase è caratterizzata da una sintomatologia analoga a quella del così detto stato timolinfatico o stato ipoplastico di Bartels: il sintomo soggettivo è la facile stanchezza muscolare; obbiettivamente di solito c'è sviluppo incompleto degli organi genitali, ed eventuale inversione del tipo sessuale con pene emergente dallo scroto a tipo labiale, o con criptorchismo o con l'uno e l'altro fatto. Nella donna le mestruazioni sono ritardate, l'utero e le ovaie rimangono infantili, ed i peli del pube sono molto scarsi. La pressione del sangue è bassa; il contenuto di zucchero nel sangue è scarso; l'enuresi è comune; sono presenti le linee bianche di Sergent.

Nella *seconda* fase, che principia con la pubertà, continua o anche aumenta l' astenia muscolare. Lo sviluppo dei genitali può rimanere indietro, ed i peli pubici sono sparsi ed hanno la distribuzione caratteristica del sesso opposto: nel maschio il limite di demarcazione è orizzontale. I peli ascellari, del mento e del labbro superiore sono assenti. La pressione sanguigna è al disotto del normale, e il contenuto di zucchero nel sangue è sempre basso. Le strie bianche di Sergent si possono rilevare facilmente specie dopo un lavoro faticoso. All'esame radiologico si constata che la tella turcica è piccola, fatto molto importante per l'ulteriore sviluppo della malattia, il quale presumibilmente dipende dalla capacità a ipertrofizzarsi della glandula pituitaria: la iperfunzione della ipofisi domina più tardi il quadro sintomatico. Il timo appare ingrossato ed in qualche caso grave si vede anche l'ombra della grandola perineale. Durante la seconda fase comincia a verificarsi il rapido sviluppo scheletrico e con esso aumenta l'astenia.

Nella *terza* fase cominciano a manifestarsi i segni dell'attività compensatoria. Di solito si ha all'età di 20 anni. Lo sviluppo in altezza continua fino a raggiungere un metro e ottanta, e anche pi e la debolezza è sempre il sintomo capitale anche quando la musculatura sembra bene sviluppata. I peli della faccia non spuntano o sono molto sottili, quelli delle altre parti del corpo rimangono immutati. Il paziente comincia a notare ingrossamento delle mani e dei piedi. La pressione sanguigna e la glicemia sono basse, ma di solito cominciano ad aumentare. D'altra parte si hanno sintomi vagotonici molto netti. All'esame radiologico del cranio in questa fase si vede la sella turcica ancora piccola, ma si nota qualche erosione del processo clinoide e della superficie basilare della sella. La tendenza della ipofisi a diventare iperattiva, se la sella non si allarga, produce la cefalea, e nello stesso determina l'aumento dello zucchero nel sangue, l'ingrossamento delle mani e dei piedi, ed un graduale aumento della pressione vasale.

La *quarta* fase si inizia da tre a dieci anni più tardi. Questo è lo stadio nel quale si ha o una compensazione completa o i sintomi ipofisarî s'innestano sul primitivo stato timico. Nel primo caso si hanno manifestazioni acromegaliche, ma la pressione sanguigna e la glicemia sono normali e la cefalea scompare; in questi casi la sella turcica appare ingrandita. Nei casi non compensati invece la sella turcica rimane piccola, la cefalea aumenta, si hanno talvolta accessi di *petit* o *grand mal*, torpore mentale, aumento di peso con debolezza sempre più grave ed infine esito letale per malattia intercorrente.

***

Le ossa nel primo e secondo periodo si sviluppano sproporzionatamente, così le gambe sono troppo lunghe in confronto del torace o viceversa; le articolazioni sono iperestensibili e spesso i legamenti sono così lassi che facilmente si verificano slocature. Anche lo sviluppo dei denti è anomalo: gli incisivi laterali specie nelle ragazze sono enormemente sviluppati, e così pure i canini, che possono prendere l'aspetto di incisivi. La cianosi delle estremità è accompagnata talvolta da eruzioni pustolose nelle vicinanze delle unghie. Le strie bianche di Sergent, il cui rapporto con la insufficienza surrenale non è stata ancora dimostrata, sono sempre accompagnate da una pressione vasale molto bassa e scompaiono dopo una iniezione ipodermica di adrenalina, il che comproverebbe il suddetto rapporto. La cefalea ha una localizzazione affatto particolare: i pazienti invitati a indicare la sede del dolore mettono il dito su la parte media di ciascuna tempia. Si tratterebbe di una cefalea pituitaria. La vagotonia presente in molti casi si manifesta con iperacidità, sintomi di ulcera gastrica, stipsi ed eosimofilia. Nel terzo periodo i sintomi più importanti sono quelli mentali: deficienza inibitoria, eccitabilità, fobie, impulsi, pervertimenti morali e sessuali. I sintomi delle forme non compensate sono quelli dovuti alla disfunzione ipofisaria.

La patogenesi della sindrome sembra ben chiara. Durante la prima fase si ha una sindrome in cui prevalgono i caratteri dello stato ipoplastico di Bartels, che è stato attribuito ad una ipofunzione di tutte le glandule endocrine ad eccezione del timo, che sarebbe invece iperattivo. La deficiente funzionalità del sistema endocrino condurrebbe certamente ben presto a danni gravi ed anche a morte se non sopravvenissero fatti di compensazione. Gli organismi che si trovano infatti in tale stato difficilmente sopravvivono a sforzi eccessivi,

alla narcosi e ad improvvise emozioni o eccitamenti fisici. La deficiente funzionalità del sistema surrenale-cromaffino spiega l'astenia, la bassa pressione vasale, la scarsa glicemia e le strie bianche. Nella terza fase entra in gioco la ipofisi che con la sua iperattività tenta compensare la deficienza delle altre glandule. La tendenza alla iperplasia determina un aumento di pressione nella sella turcica fatto che spiega la caratteristica cefalea che è un sintomo costante di questo periodo che dura due o tre anni. Contemporaneamente alla cefalea si hanno i sintomi della iperattività funzionale dell'ipofisi: acromegalia, aumento della glicemia e della pressione vasale, diminuzione della tolleranza dello zucchero. Il reperto radioscopico della sella turcica conferma la iperplasia, e la iperfunzionalità della ipofisi. Ma nei casi nei quali non sopravvengono i fenomeni di compensazione e l'astenia e gli altri sintomi rimangono immutati la sella turcica non presenta nessun ingrandimento. In tali casi si ha cefalea accessionale, adiposi, deficienza intellettuale e morale, accessi di *petit màl* ed altri disturbi. Negli stessi casi la ingestione di grandi quantità di ipofisi provoca la scomparsa di alcuni ed anche di tutti i disturbi, che ricompaiono facendo diminuire o cessare del tutto la ingestione della glandula. Nel quarto periodo finalmente si ha graduale diminuzione e scomparsa dell'astenia, della cefalea, ritorno al normale della pressione vasale e della glicemia. Permane la acromegalia, ma questa non è l'espressione di un'alterazione ipofisaria in atto, ma il residuo permanente di una iperattività trascorsa della stessa glandula e che fu determinata dal bisogno di controbilanciare ed annullare gli effetti della ipofunzione d altre glandule endocrine. Si tratta di un fenomeno di auto-terápia fisiologica, che perciò non deve essere in alcun modo corretto. L'acromegalia in tali casi costituisce il segno che l'organismo, e per esso la ipofisi, provvede alla deficienza di a cune glandule endocrine.

Il trattamento dell'affezione in ogni sua fase dà risultati soddisfacenti. La somministrazione di glandule surrenali complete più che dell'adrenalina riesce a far diminuire l'astenia. Ma il rimedio specifico è costituito dalla glandula pituitaria.

La ingestione di grandi quantità di ipofisi e talvolta anche iniezioni di pituitrina danno risultati meravigliosi: la cefalea scompare, diminuisce l'astenia, la pressione vasale e la glicemia aumentano e l'infermo si avvia alla guarigione.

Dr.

Pubblicheremo prossimamente:

P. CALICETI, *Contributo allo studio delle afonie istero-organiche;*

R. CAVALIERI, *Sulla cura della corea grave con iniezioni sottocutanee di solfato di magnesio.*

FISIOPATOLOGIA.

Monofagismo, pellagra e scorbuto.

(G. VOLPINO. *Annali di Igiene*, n. 5, 6, 7, 8 e 9, 1918).

Fra le diverse teorie sull'eziologia della pellagra (germi specifici, avitaminosi ecc.), tengono tuttora il campo quelle che considerano tale malattia, come connessa con il granoturco, sia esso sano, oppure guasto per lo sviluppo specialmente di muffe. È però necessario far rilevare che le ricerche di laboratorio dirette a dimostrare sperimentalmente i rapporti fra granoturco e pellagra sono risultate finora negative, sia che si tentasse di riprodurre la malattia, sia nelle prove per dimostrare le eventuali reazioni (precipitazione e fissazione del complemento) fra siero di pellagrosi ed estratti maidici.

L'A. si è invece messo sopra un'altra via, ricercando i fenomeni di anafilassi da parte di individui pellagrosi, incoculati con estratti di granoturco.

Egli ha potuto così dimostrare che l'iniezione di 1-2 cmc. di estratto acquoso di granoturco guasto determina, nella grande maggioranza dei pellagrosi, una reazione, talvolta abbastanza complessa. Essa consiste in: *a*) *fenomeni a carico del sistema nervoso* (stupore, sonnolenza anche fino al coma, oppure eccitamento psichico e nervoso, tremore, amnesia successiva); *b*) *fenomeni generali* (malessere, dispnea, nausea, reazione termica con elevamento di temperatura da 38° a 40°); *c*) *fenomeni cutanei* (ravvivamento degli eritemi); *d*) *fenomeni intestinali* (aumento di peristalsi con scariche liquide).

Il granoturco sano non produce gli stessi effetti, pure contenendo la sostanza attiva che da sola basta a produrli; ad essa è stato dato il nome di *pellagrogenina*.

Questi fenomeni, chiaramente anafilattici, sono basati sopra una ipersaturazione dell'organismo dei pellagrosi, già ricco di sostanze maidiche, da parte di una nuova sostanza maidica, introdotta perenteralmente. Ne danno conferma altre esperienze dell'A. fatte sopra cavie, che, al 20°-30° giorno di esclusiva alimentazione con granoturco, sono state inoculate con ½-1 cmc. di siero di pellagrosi; come esito si è avuta la morte entro 1-3 giorni, mentre le cavie di controllo, inoculate con siero di individui non pellagrosi, oppure quelle sottoposte ad altra alimentazione, inoculate con dose doppia di siero pellagroso, hanno sopravvissuto.

Un altro fenomeno comune alla pellagra ed al maidismo sperimentale è la presenza nel siero di fermenti digerenti la zeina, fermenti che nei pellagrosi vanno scomparendo col migliorare dei sintomi.

Questi fenomeni si osservano, sebbene in minor misura, nei semplici mangiatori di granoturco (non pellagrosi) ed anche in alcuni che di tale alimento non si sono abitualmente nutriti. La reazione non sarebbe quindi clinicamente specifica, ciò che dimostra solo che alcuni elementi perturbatori sono in giuoco; l'ipersensibilità dei pellagrosi si deve ascrivere ad un' influenza più stretta e diretta, esercitata dal granoturco sul loro organismo, che a detto cereale sarebbe sensibilizzato.

Il monofagismo.

La monolateralità del vitto non è di per sè stessa sempre dannosa, specialmente per l'alimento che è, per così dire, tradizionale della specie, come sarebbe l'erba per gli erbivori, le cariossidi di cereali per i frugivori. Talvolta invece il monofagismo non è tollerato, e determina fenomeni patologici; così, oltre al beri-beri provocato dal riso, si attribuisce al vitto prevalentemente carneo lo sviluppo della gotta; alla poca varietà dei cibi il decadimento fisico dei prigionieri.

Le cause più frequenti per cui un vitto ordinario può riuscire dannoso sono le seguenti:

1) difetto di certe sostanze (ipoalimentazione, inedia, avitaminosi);

2) eccesso di certe sostanze o anormale sensibilità dell'organismo (intossicazioni, anafilassi alimentari);

3) difetto di certe sostanze ed eccesso di certe altre (pellagra, scorbuto, beri-beri).

Gli effetti comuni a qualsiasi varietà di vitto esclusivo sono — dopo un certo periodo di incubazione — la perdita di appetito (specifica per il solo cibo uniforme) e la perdita di peso, che si fa sempre più manifesta fino alla morte, che avviene dopo un periodo di decadimento generale. Le esperienze dell'A. hanno messo in chiaro la *specificità del monofagismo*, consistente nel fatto che p. e. le cavie, già in cattive condizioni per l'alimentazione esclusiva con granoturco, si salvano dalla morte a breve scadenza, quando si passino ad altro alimento esclusivo (patate, piselli secchi) purchè non sia frumento o riso. Tale specificità deriva quindi dalla specificità di origine degli alimenti vegetali adoperati e risente della parentela delle specie vegetali. Non può sfuggire l'importanza pratica di queste considerazioni, in quanto che nel vitto di un pellagroso, che è da considerarsi come un intossicato da granoturco, la sostituzione di questo ultimo con altro cereale (frumento) sarebbe insufficiente a scopo terapeutico. Esse spiegano altresì perchè le iniezioni di estratto maidico siano rapidamente mortali per le cavie tenute a granoturco, non sempre per quelle tenute a frumento, e mai invece per quelle tenute a patate.

Complesse sono le ragioni per cui le cavie, tenute a vitto esclusivo, muoiono; non sembra che vi abbia parte importante la mancanza di vitamine antineuritiche ed antiscorbutiche, ma piuttosto la mancanza di erba, che costituisce il vitto tradizionale della specie. È quindi probabilmente in giuoco il fatto che gli aggruppamenti molecolari delle proteine dei cereali non sono analoghi a quelli delle proteine erbacee, e che diverso è il contenuto in amino-acidi. Oltre a ciò è probabile che, con ogni genere di alimentazione impropria, che duri a lungo, entri in circolo una notevole frazione di proteina non completamente divisa in amino-acidi, ciò che determinerebbe da un lato l'anafilassi alimentare, dall'altro la comparsa nel sangue di fermenti digerenti le stesse proteine.

Nel monofagismo si deve quindi considerare non soltanto l'assenza di determinati gruppi, ma anche la presenza in eccesso di altri gruppi toxo-sensibilizzanti. Oltre alla specificità d' origine, domina questo quadro il carattere della ipersensibilità, sicchè il cibo ordinario diventa un vero veleno.

È dunque evidente la differenza con la ipoalimentazione (diminuzione generale di tutti gli alimenti) e con l'avitaminosi (assenza di una frazione tolta artificialmente dal cibo unilaterale omologo).

Applicazioni alla pellagra ed allo scorbuto.

La *pellagra* non può essere determinata dalla insufficienza di proteine nella dieta maidica, poichè la quantità di esse è tale da soddisfare ai bisogni dell'alimentazione umana. Essa rimane pur sempre una malattia della miseria, ma *il quadro di malattia specifica è determinato dall'azione tossica o toxosensibilizzante dei costituenti sovrabbondanti*. Il fattore ipoalimentare, senza essere soppresso, subisce in realtà una certa attenuazione, poichè si può dire che la dieta *esclusiva* di granoturco non esiste, in quanto che altri cibi (latte, formaggio, legumi. ecc.) vengono sempre aggiunti alla polenta.

Per quanto riguarda lo *scorbuto* è noto che si attribuisce la causa principale di tale malattia alla mancanza di vegetali freschi. Questa opinione non è stata però accettata da tutti senza riserve, ed è stato dimostrato che la mancanza di vegetali freschi non è sempre necessaria, nè sufficiente a produrre lo scorbuto. Vi sarebbe invece in esso, secondo l'A., un processo di sensibilizzazione dell'organismo per opera di un vitto troppo unilaterale, deficiente cioè in certe parti e sproporzionalmente eccessivo in certe altre. Con la dieta difettosa, devono però concorrere i fattori insiti nell'ambiente, come l'umidità e l'agglomeramento.

Queste vedute possono estendersi ad altre malattie, per le quali resta così meglio spiegato il mecca

nismo patogenetico. Sono fra esse lo *sprue*, o diarrea bianca (in cui si avrebbe una sensibilizzazione per opera di un vitto esclusivamente farinaceo), la *febbre da fieno* (sensibilizzazione verso le proteine di cereali), lo stesso *beri-beri*, in cui vi sono dei fatti che accennano ad una intossicazione dell'organismo per opera di determinati costituenti della cariosside dei cereali.

L'immunità nel monofagismo.

L'A., tenuto conto del fattore toxosensibilizzante nella pellagra, è stato portato a considerare la possibilità di aumentare artificialmente la resistenza degli animali verso una data dieta unilaterale. Le sue ricerche hanno dimostrato la possibilità di aumentare artificialmente, entro certi limiti, la resistenza degli animali all'alimentazione uniforme. Tali esperienze sono state estese anche all'uomo e si sono ottenuti dei buoni risultati, che danno la speranza di poter estendere il metodo dell'autore italiano alla profilassi delle recidive nella pellagra. A. FILIPPINI.

CHIRURGIA.

L'ascesso frenico o sottodiaframmatico.

(E. FRIEND. *Surg., Gynec. and Obst.*, nov. 1918).

F. ha avuto occasione di osservare vari casi di ascesso sottodiaframmatico, nel suo servizio al Michael Reese Hospital. Di due riporta i dati principali in un breve articolo, nel quale l'argomento è studiato nelle sue lienee generali.

Dopo lo studio di Senn nel 1904, Maydl ha scritto la monografia più completa sugli ascessi sottofrenici, che divide in 12 gruppi a seconda della loro sede, e dell'organo donde l'infezione è partita. Maydl raccomanda l'uso della puntura esplorativa, come mezzo diagnostico.

Su 104 casi riferiti da questo A., e non operati, solo 6 guarirono; su 18 operati la mortalità fu dell'11 %.

Ecco i sintomi, che hanno maggiore importanza per la diagnosi:

1°. La temperatura può essere subnormale o molto elevata, e preceduta da brivido;

2°. Dolore localizzato, o diffuso a tutto l'addome, esacerbantesi nelle profonde inspirazioni;

3°. La difesa è più o meno viva in corrispondenza del focolaio suppurativo;

4°. Punto frenico, sopraclavicolare, dal lato della raccolta purulenta;

5°. Pleurite essudativa omolaterale;

6°. Forte polinucleosi neutrofila (da 12 a 40 mila);

7°. L'esplorazione radiografica dimostra che la cupola diaframmatica, dal lato malato, fa una sporgenza maggiore; l'angolo costo-frenico è acuto; esiste un'ombra più o meno estesa a seconda del volume della raccolta, e della presenza o meno di gas.

L'ascesso può essere retroperitoneale (destro o sinistro), intraperitoneale a situazione anteriore o posteriore (destro o sinistro). Gli ascessi intraperitoneali a destra sono i più frequenti.

Questi ultimi sono generalmente secondari a processi flogistici delle vie biliari, del fegato, del rene destro, dell'appendice; quelli situati a sinistra del ligamento falciforme derivano più spesso da ulcere perforate dello stomaco o del duodeno, da infezioni pancreatiche, intestinali o della milza, o del rene sinistro.

Il focolaio primitivo, da cui derivano con maggiore frequenza gli ascessi frenici, è dato dalle flogosi appendicolari. Su 179 casi riportati da Maydl, in 73 i germi provenivano dal canale gastro-enterico. Su 60 casi citati da Koerte, in 27 era preceduta un'appendicite. Dall'appendice il processo flogostico può estendersi per continuità lungo la faccia esterna del colon ascendente o per il tessuto cellulare retrocolico, o diffondersi lungo i linfatici e le vene.

Quando l'ascesso non contiene gas i sintomi sono analoghi a quelli di un ascesso epatico. Se invece contiene gas, la percussione rivela tre zone sovrapposte a risonanza diversa: una superiore a risonanza polmonare, una media timpanitica, una inferiore ottusa.

Se coesiste versamento pleurico, le zone di risonanza divengono quattro.

Gli ascessi di destra possono spingere il fegato in basso. Indifferentemente dalla loro posizione, possono determinare una maggiore sporgenza di un tratto del torace o dell'addome.

Delle vie di accesso, per svuotare le raccolte sottodiaframmatiche, la transpleurale è quella più comunemente adoperata. Se la cavità pleurica non contiene liquido, o questo è sieroso, è necessario impedirne la contaminazione col pus dell'ascesso frenico, sia tamponando, dopo aver inciso la pleura, e aprendo l'ascesso in secondo tempo; o escludendo, con suture, la cavità pleurica. CHIASSERINI.

OSTETRICIA.

Sull'«Hydrops gravidarum» e suoi rapporti con le nefropatie e con la eclampsia.

(W. ZANGEWEISTER. *Münch. Mediz. Woch.*, n. 38, 1918).

Il concetto che si è fino ad ora avuto degli edemi nella gravidanza deve essere oramai modificato, giacchè negli edemi limitati alle estremità inferiori non ne è la stasi la causa principale, nè le condizioni idropiche generali nella gravidanza dipendono

da affezione renale. Quasi in tutti gli edemi nella gravidanza si tratta di manifestazioni esterne di una malattia generale tipica, dell'Hydrops gravidarum e ciò perchè edemi apparentemente locali possono col tempo divenire generali, perchè tumori di volume uguale all'utero gravido rarissimamente dan luogo ad edemi delle estremità inferiori e perchè nella maggior parte delle gravide affette da edemi sono constatabili delle tipiche alterazioni nel peso del corpo, nella diuresi e nel sangue. Contro la origine nefritica dei processi idropici nella gravidanza sta il fatto, con sicurezza constatato dall'A., che all'inizio di tale processo l'urina è costantemente priva di albumina; l'albuminuria segue occasionalmente negli stadii più avanzati.

Gli edemi malleolari, dapprima transitori, sono così frequenti negli ultimi mesi della gravidanza (99 %) che possono ritenersi come fisiologici e solo allora incomincia il processo patologico quando tali edemi vanno aumentando di intensità, di estensione e di persistenza, cioè quando essi non sono temporanei (serotini) e quando occupano le gambe od altre parti superiori del corpo.

Le tumefazioni idropiche non consistonò sempre in un edema pastoso, come si osserva specialmente ai piedi, alle grandi labbra, alla parete addominale; l'edema delle gambe è caratterizzato da una elasticità di tutte le parti molli; l'idrope della cavità manca in tutti i casi in cui non sorgono complicanze.

Gli edemi sogliono scomparire subito dopo la morte del feto e dopo il vuotamento dell'utero. In parte ciò è dovuto alla spinta degli aumentati liquidi dei tessuti dalle parti periferiche in altre, vale a dire ad una uguale distribuzione di essi; e ciò spiega perchè gli edemi si spostano con la mutata posizione del corpo.

È caratteristico il fatto che le ammalate durante il progresso dell'idrope aumentano enormemente di peso; l'A. ha notato in 4 settimane un aumento di 15 kg.

L'osservazione dell'attività renale rivela che l'urina, per lo meno allo inizio, ma spesso anche per tutta la durata della malattia, è priva di albumina e che nelle 24 ore la sua quantità è diminuita. Non di rado queste fasi di oliguria cessano dando luogo ad attacchi di poliuria, che possono esser considerevoli tanto che l'urina eliminata raggiunge i 6 litri e qualche volta di più nella giornata. La diuresi notturna (al contrario di quello che suole avvenire nelle gravide) nelle idropiche è minore di quella del giorno. La funzionalità renale è per tutti i rapporti normale, come la quantità dei sali eliminati.

Se il processo idropico raggiunge una certa estensione, può comparire l'albuminuria: l'idrope entra allora nel suo secondo stadio, in quello *nefropatico*: con l'albuminuria si nota contemporaneamente un aumento della pressione sanguigna, la quantità dell'urina per un lungo periodo od anche permanentemente scende al di sotto del normale ed il peso del corpo aumenta. Se il processo si aggrava si presenta una serie di sintomi che accennano ad un aumento di pressione cerebrale, la malattia passa al terzo stadio, quello *eclamptico*.

Questo è, brevemente accennato, il quadro sintomatico dell'idrope e delle sue complicazioni. Volendo spiegarsi la genesi della malattia bisogna partire dal fatto, come l'A. ritiene, che il processo è basato sul modo di comportarsi dei liquidi nel corpo, ciò che indubbiamente può desumersi dalle osservazioni sul peso del corpo e sulla diuresi.

Sorge quì la domanda se la causa dell'affezione debba ricercarsi nel mancante potere secretivo del rene ovvero se le alterazioni quantitative della urina si debbano ritenere come secondarie. I reni, per quanto dimostrano le ricerche cliniche, nel primo periodo della malattia sono sani ed attivi nella loro funzione. Solo un disturbo funzionale dei capillari potrebbe dar luogo all'edema e che ciò realmente avvenga lo dimostra anche il fatto che gli edemi si presentano specialmente là dove il corso del sangue nelle vene deve superare un maggiore ostacolo; poichè, essendo i vasi sani, la stasi non è sempre causa di edemi. Deve esistere, ed è chiaro, una enorme permeabilità dei capillari, di cui non conosciamo ancora le basi anatomiche, la quale determina un aumentato passaggio di liquidi dal sangue nei tessuti. L'A. ritiene quindi che la diminuzione della quantità dell'urina nell'idrope è un fatto secondario dovuto ad una perdita di liquidi del sangue e questa come conseguenza di un disturbo funzionale delle pareti vasali. Ciò è anche provato dalla osservazione fatta che i leggieri edemi sogliono comparire prima della diminuzione dell'urina e del conseguente aumento del peso del corpo.

Quali sono le conseguenze di questo processo? Il peso del corpo deve aumentare in proporzione dell'aumentata fuoriuscita del liquido dalle vie vasali; secondariamente il sangue deve restar povero di albumina, mentre restano normali le altre sue parti costitutive ed anche il numero dei globuli rossi. Molto più difficile è la spiegazione del modo come nel decorso dell'idrope viene provocata l'albuminuria. Naturalmente si può verificare nella gravidanza un'albuminuria senza idrope; si potrebbe trattare di donne affette da nefrite cronica ovvero di donne gravide, che hanno precedentemente sofferto di idrope, che ha condotto all'albuminuria.

Il progredire dell'idrope induce uno stato morboso del rene o perchè la lesione vasale ha interessato i vasi renali turbandone la funzione o per un

analogo processo idropico del rene per tumefazione edematosa del rene stesso.

Per quanto riguarda la spiegazione dell'aumento della pressione sanguigna che accompagna lo stadio nefropatico bisogna, tenendo presente la esperienza della patologia renale, ammettere che la stessa alterazione vasale del rene, e per conseguenza i disturbi circolatori provocati, sia la causa efficiente dell'aumento della pressione sanguigna.

Il passaggio della malattia al terzo stadio, eclamptico, è indubbiamente determinato dalla compartecipazione degli organi centrali, dall'edema cerebrale ed infatti in tre quarti dei casi di eclampsia studiati dall'A. negli ultimi anni esisteva già idrope generale, che mancava solo in un quarto.

Se l'edema cerebrale è tale da determinare disturbi circolatorii e nutritivi della corteccia cerebrale, basta appena uno stimolo per provocare la comparsa dei crampi.

La diagnosi dell'hydrops e delle sue complicanze è resa più facile quando si seguono determinati metodi di osservazione. Il regolare controllo del peso del corpo è quello che ci fa conoscere il grado e il modo di comportarsi dei liquidi appena comparsi gli edemi e che ci è di guida nella terapia. Minore importanza ha il controllo della quantità dell'urina nelle 24 ore, mentre è invece necessaria specialmente nell'hydrops grave la ricerca della albumina per potere a tempo riconoscere il passaggio della malattia al secondo stadio.

Egualmente importante è il regolare controllo della pressione sanguigna, poichè il costante aumento di essa dimostra che il processo tende ad entrare nel terzo stadio; occorre allora sorvegliare i sintomi preeclamptici.

Il trattamento dell'hydrops e delle sue complicanze è tanto più incerto quanto più il processo è avanzato. Nel primo stadio si riesce quasi sempre a vincerlo; è più difficile evitare le complicanze nel secondo periodo; assai dubbii poi sono i risultati della cura nello stadio eclamptico ed essi dipendono dalla sollecitudine con cui si interviene.

La profilassi consiste nel procurare all'inferma un sufficiente riposo durante la notte.

Il trattamento nel primo stadio dell'hydrops deve aver lo scopo di limitare energicamente il nutrimento liquido e di consigliare il riposo assoluto a letto; questo vale anche nel secondo stadio, nefropatico, riducendo anche la quantità degli alimenti solidi, specialmente del sale. Nel terzo stadio non hanno alcun valore i mezzi sudorali: i salassi ripetuti e le punture spinali valgono a diminuire la pressione sanguigna e quella cerebrale. Se i sintomi preeclamptici non accennano a diminuire occorrerà procedere sollecitamente allo svuotamento operativo dell'utero., ed è consigliabile di praticarlo prima ancora che compariscano i crampi perchè allora potrebbero essere gravissime le conseguenze della malattia.

In questo stadio eclamptico, appena comparsi i crampi, l'A. ritiene indispensabile, senza attender oltre, l'intervento per provocare lo svuotamento dell'utero, poichè lo aspettare provocherebbe gravi danni ed un peggioramento della malattia tale da rendere inutile qualsiasi altro mezzo. Nel caso poi che gli accessi continuino, malgrado lo svuotamento dell'utero, che la temperatura si elevi e diminuisca la quantità della urina, l'unica possibilità di salvar la vita, secondo il giudizio dell'autore, consiste in una trapanazione palliativa per diminuire la pressione, della cui pratica azione però nulla di preciso si può dire.

Oltre alle norme accennate è necessario in questo terzo periodo di diminuire la eccitabilità del sistema nervoso centrale mediante alcuni narcotici (combinazione di morfina e cloralio) e di evitare gli stimoli esterni (dolori, contrazioni uterine, ecc.), che sono sempre causa di nuovi accessi.

Nei casi in cui esista una considerevole pressione cerebrale con alta temperatura, scarsissima urina, polso piccolo e frequente, coma profondo, son da evitare tanto i narcotici quanto il salasso e gli analettici.

D. DE CHIARA.

QUESTIONI DEL GIORNO.

L'etiologia dell'influenza.

L'indagine etiologica, fin dal primo apparire dell'epidemia d'influenza in Europa, ha interessato tutto il mondo scientifico, ha appassionato i dilettanti ed i profani della medicina. L'influenza apparteneva dal '92 in poi alla categoria delle malattie ad agente morboso conosciuto; veniva generalmente accettata la scoperta di Pfeiffer, e le proteste di pochi studiosi erano rimaste sconosciute alla maggior parte dei medici. La discussione, il controllo era difficile perchè, al di fuori del periodo epidemico, la parola *influenza* manteneva un vago significato, utile a coprire molte ignoranze, o ad indorare con una parola specifica molte diagnosi generiche. Restava qualche solitario incredulo, che fin dall'epoca della scoperta del Pfeiffer, non si era persuaso delle verità del nuovo verbo; ma scarso interesse avrebbe suscitato una discussione, quando l'epidemia era scomparsa. Nelle successive epidemie il dubbio divenne più tenace sulla reale importanza del bacillo di Pfeiffer come agente etiologico, poichè il reperto positivo ogni anno si trovò più raro e bacilli di Pfeiffer si riscontrarono in altri malati che non hanno la forma clinica dell'influenza.

Viene l'epidemia attuale e la bacteriologia si arma di ogni mezzo a controllo della diagnosi clinica. Per molti il ragionamento è esclusivista: se è influenza, deve trovarsi il bacillo di Pfeiffer, che ne è l'agente morboso; se non si trova, i medici cerchino un altro termine, la epidemia non è di influenza.

I disaccordi si fanno vivi anche tra i ricercatori: c'è chi trova sempre il bacillo di Pfeiffer, c'è chi non riesce a trovarlo mai, nè in vita, nè sui cadaveri; c'è chi lo trova in forti percentuali, c'è chi in piccole percentuali o in casi eccezionali riesce ad isolare il bacillo di Pfeiffer, e sono tutti uomini che nel laboratorio hanno passato buona parte della loro esistenza, e che non hanno nulla da perfezionare nella loro tecnica. Mentre la malattia dilaga con la solita velocità e con violenza, qualche volta paurosa, le discussioni s'intensificano e le denominazioni più varie sorgono come indice della incertezza del reperto bacteriologico.

Si disegna un senso di netta diffidenza sul valore del bacillo di Pfeiffer; l'esame dell'espettorato e le indagini sul sangue mettono in rilievo i più varî germi (strepto e diplococchi specialmente) ai quali la maggior parte dei ricercatori, edotti dei resultati ottenuti in altre epidemie precedenti, non attribuisce altro valore che di fattori delle complicanze morbose.

I clinici intanto dopo qualche incertezza, dovuta in parte al noto vago carattere di malattia febbrile transitoria assunto dalla malattia al principio e al contradittorio reperto bacteriologico, rapidamente si mettono d'accordo: l'epidemia attuale è di influenza; i caratteri epidemici e proprî della forma morbosa non sono differenti da quelli delle epidemie precedenti; il problema etiologico si riapre, se i bacteriologi più noti e lo scopritore perfino non trovano gli elementi sufficienti per accordarsi sul bacillo di Pfeiffer come agente dell'influenza.

Che l'influenza non fosse una malattia da germi, l'andamento epidemico, e il decorso della malattia facevano sospettare: se il contagio si avverava per le vie aeree, come tutto faceva credere, era certamente inesplicabile la estrema contagiosità, quale non si suole verificare in nessun'altra malattia nota da schizomiceti; se l'agente è un bacillo, rimane unico esempio la rapida e quasi fulminea invasione e la scomparsa in pochi giorni nei soggetti, in cui non prendono piede le complicanze. Se analogie si potevano stabilire, l'andamento epidemico e clinico avvicinavano la malattia al gruppo delle malattie esantematiche, sì da far pensare ad una malattia simile, sebbene mancasse l'esantema.

Ed il Kruse infatti molti anni fa aveva espresso l'opinione che l'influenza dovesse appartenere al gruppo delle malattie determinate da virus filtrabile. Sulla guida del concetto di Kruse, il Selter nell'agosto 1918 (*Münch. Mediz. Woch.*, 1918, n. 32) ha iniziato esperienze con filtrato per candela di sospensione in soluzione fisiologica di secreto faringeo. Tale filtrato era polverizzato sulla mucosa rino-faringea. I tentativi furono fatti dal Selter su se stesso e sulla sua assistente Frida Rahn ed entrambi furono colti da una lieve e transitoria malattia, nella quale l'A. trova le note fondamentali dell'influenza.

Nel settembre 1918 (*Ac. des Sciences* 30 settembre 1918 riport. in *Presse Méd.*, 11 nov. 1918) *Ch.* Nicolle e Ch. Lebailly riescono a provocare la malattia nelle scimmie e a trasmetterla nell'uomo per mezzo di materiale umano, filtrato per candela Chamberland L 2. Essi giungono ai seguenti resultati:

1) L'espettorato dei bronchitici influenzati nel periodo acuto è virulento.

2) La scimmia macacus cynomolgus è sensibile all'incoculazione del virus per via sottocongiuntivale e nasale.

3) L'agente dell'influenza è un organismo filtrante. L'inoculazione del filtrato riprodusse l'influenza in due persone inoculate per via sottocutanea.

4) È probabile che il virus influenzale non si riscontri nel sangue dei malati.

Dujarric de la Rivière comunica nella stessa seduta dell'Accademia delle Scienze di esser riuscito a comunicare l'influenza all'uomo per mezzo del sangue di malati filtrato per candela Chamberland L 3. Egli ha prelevato 20 cc. di sangue da quattro influenzati gravi e l'ha filtrato per candela; ha inoculato a se stesso 4 cmc. del filtrato. Dopo pochi giorni il D. de la R. ha avuto i sintomi d'una influenza lieve e rapidamente guarita. Dopo la guarigione un nuovo tentativo su se stesso fatto con filtrato di emulsione di espettorato di malati spennellandolo sul rino-faringe è rimasto senza resultato.

Recentemente (*The British Medic. Journal*, 14 dic. 918) Gibson, Bowman e Connor, in una nota preventiva comunicano i risultati delle loro esperienze a controllo di quanto Nicolle aveva affermato.

Due scimmie inoculate per via sottocongiuntivale ed intranasale con filtrato per candela L 1 *bis* di sputo prelevato da malati di influenza, caddero malate rispettivamente al 6º e 7º giorno. Due scimmie controllo, tenute nelle stesse condizioni nella medesima stanza, non manifestarono segno alcuno di malattia.

Delle due scimmie inoculate una guarì rapidamente, al 3º giorno; l'altra sembrava ancora malata e fu sacrificata per ulteriori esami anatomopatologici. Nell'albero respiratorio fu riscontrato

essudato emorragico, che colpiva specialmente i lobi inferiori di entrambi i polmoni, reperto che poteva essere avvicinato a quanto frequentemente si riscontra nel polmone umano.

Due altre scimmie, una inoculata con sputo, l'altra con filtrato di sputo di malati d'influenza al 6° giorno di malattia, non contrassero la malattia.

Date le condizioni di esperimento (difficoltà di avere delle scimmie o degli individui che si prestino a sottoporsi ai pericoli di un tale [esperimento) ancora le esperienze e i relativi controlli sono scarsi.

Forse però la via maestra è trovata perchè l'oscuro e contraddittorio campo delle ricerche si illumini di luce, se luce si può ancora chiamare il capitolo dei virus filtrabili; la divinazione clinica di Kruse ha per ora le prime fondamenta sperimentali.

Mentre questi nuovi orizzonti si aprono, il bac. di Pfeiffer è confinato tra i germi che, durante le epidemie d'influenza, possono dare complicanze (polmonari, pleuriche, sinusali ecc.).

Una recentissima nota preliminare di H. G. Gibson, F. B. Boroman e J. I. Connor (*British Med. Journal*, 22 marzo 1919) conferma che il virus influenzale è filtrabile; inoltre dimostra che esso è patogeno per i comuni animali di laboratorio (conigli, cavie, topi) e non soltanto per le scimmie, che la sua virulenza può esaltarsi in passaggi seriali, che si localizza elettivamente nei polmoni, che è coltivabile mediante il metodo di Noguchi, che nelle colture allestite in serie per tre generazioni, si riscontra un cocco minutissimo, già descritto da J. A. Wilson.

Durante queste molteplici, indaginose, accurate ricerche uno dei tre collaboratori — tutti e tre medici militari — contrasse una forma gravissima d'influenza e ne è morto.

Egli è caduto gloriosamente, come un soldato sul campo!

i. p.

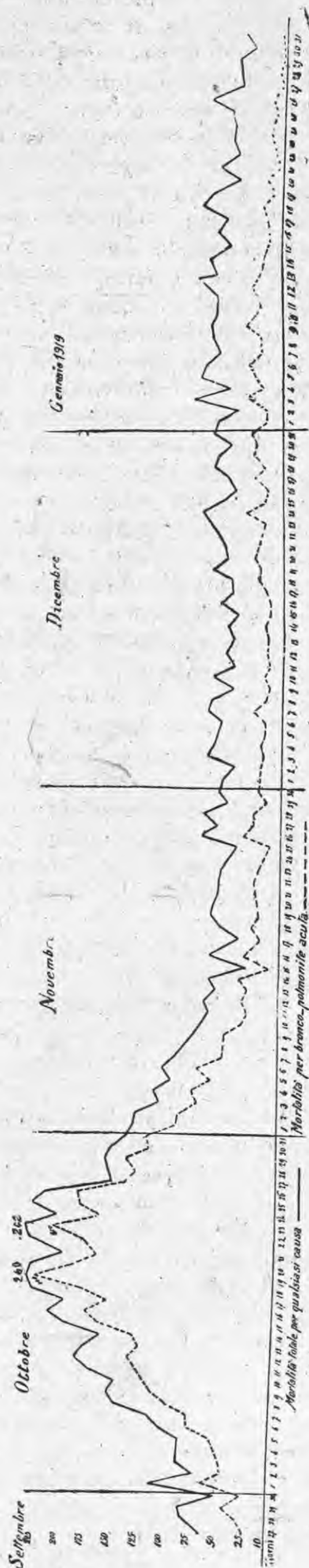
Sull'epidemia d'influenza in Roma.

Sulla fine del 1918 fu notato nei centri maggiori, come in Roma, un certo allarme fra la popolazione per essersi diffusa la notizia di una grave recrudescenza della epidemia influenzale.

A diradare le false voci e le ingiustificate preoccupazioni, il Medico Provinciale di Roma, prof. Giuseppe Badaloni, nella seduta del 13 gennaio u. s., del Consiglio provinciale Sanitario, indetta per l'esame delle misure profilattiche, presentò un interessante diagramma sulla mortalità verificatasi nel Comune di Roma nei mesi di ottobre, novembre, dicembre 1918 e gennaio 1919.

La grafica qui riprodotta è interessante perchè

Settembre Ottobre Novembre Dicembre Gennaio 1919

Mortalità totale per qualsiasi causa ———
Mortalità per bronco-polmonite acuta - - - - -

dimostra, a colpo d'occhio, l'*andamento della epidemia influenzale* in questa città, che scoppiata sulla fine del mese di settembre, toccò il suo massimo in ottobre per decrescere in novembre e finire in gennaio 1919.

La linea *continua*, registra giorno per giorno il totale dei casi di morte verificatisi per qualsiasi causa; la linea *tratteggiata* invece indica il numero quotidiano dei decessi per affezioni acute bronco-polmonari (influenza). L'altezza della grafica risponde alla scala segnata di lato.

L'influenza s'iniziò in forma epidemica verso la fine del settembre 1918, quando nel giorno 27 la mortalità complessiva dava 68 decessi, 26 dei quali per affezioni acute bronco-polmonari. Queste cifre andarono rapidamente elevandosi dal 1° al 10 ottobre con oscillazione tra 100 e 150 decessi in totale e tra 50 e 100 morti d'influenza. Quindi la mortalità crebbe ogni giorno in modo impressionante sino a raggiungere, il 19 ottobre, il massimo di 260 morti per qualsiasi causa, dei quali 226 per influenza. Seguitarono le cifre della mortalità a mantenersi elevate, oscillando, sino al 3 novembre, complessivamente tra 240 e 150 particolarmente tra 180 e 102, quando incominciò veramente la curva discendente, da 84 a 35 a 29 decessi, che si continuò sino alla metà del mese di dicembre.

Da questa data ambedue le curve subirono una leggera elevazione, per pochi giorni, raggiungendo un massimo di 84 decessi per qualsiasi causa e 40 per influenza; quindi ripresero la discesa per seguire la mortalità ordinaria, in fine del gennaio 1919.

Anche in Roma, come altrove, le misure di profilassi furono ispirate dai concetti fondamentali esposti dall'illustre Direttore Generale della Sanità pubblica, prof. Lutrario, al Consiglio superiore di Sanità, che cioè l'*influenza* mostra una non dubbia disposizione di luogo ed una non dubbia disposizione di persona. Quindi, il Comune di Roma fu sollecito ad assicurare un perfetto funzionamento dei servizi tutti d'igiene e di nettezza pubblica intensificando quelli di vigilanza e di disinfezione, particolarmente sui luoghi di pubblico ritrovo (teatri, cinematografi, ristoranti, caffè, osterie, ecc.), e sui mezzi di trasporto (tram, veicoli ferroviari, ecc.). Ma il Consiglio reclamava ancora un mezzo indispensabile per raggiungere il fine cui la profilassi deve mirare, vale a dire l'intervento cosciente e volonteroso della *educazione pubblica*, oltre la scrupolosa osservanza delle norme d'igiene della collettività e individuali, intervento sul quale si potrà contare soltanto quando l'educazione igienica del popolo avrà notevolmente progredita.

B. G.

NOTE DI TECNICA.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI CHIETI
diretto dal T. Col. P. TROJANI.

Sui limiti dell'uso dell'acido carminico nella determinazione dei fosfati mediante i sali di uranio

Nota del dott. EMILIO PITTARELLI, già direttore del Gabinetto di Chimica e Microscopia.

Da quando Mercier applicò alla determinazione dei fosfati la reazione dei sali uranilici sull'acido carminico scoperta da Malot, il nuovo metodo ha fatto grandi progressi nella pratica dei manuali sistematici di chimica medica; e più specialmente dopo che l'Huppert, nel suo classico trattato, sostituì senz'altro come reazione finale la reazione carminica a quella antica e sperimentata del ferrocianuro indicata da Neubauer. Alcuni autori, come il nostro Mariani, accettano senz'altro la conclusione dello Huppert; altri si limitano, come il Barral, ad esporre l'una e l'altra reazione; e i più prudenti, come rilevo da un libro pubblicato di questi giorni (1), consigliano di controllare scambievolmente le due reazioni.

Il grandissimo vantaggio che l'acido carminico presenterebbe sul ferrocianuro consisterebbe nel fatto che, con esso, la reazione finale avviene in seno stesso al liquido; mentre col ferrocianuro bisogna andare a tentoni, prendendo di tanto in tanto una goccia di liquido e saggiandola separatamente col ferrocianuro.

Questo vantaggio, se reale ed effettivo, sarebbe di tale ed evidente importanza, da non farci comprendere i tentennamenti degli autori nell'accogliere senz'altro la nuova reazione ad esclusione completa dell'antica. Ho voluto perciò sottoporla a controllo, seguendo le stesse indicazioni di Huppert. L'illustre chimico-fisiologo di Praga si serve dei medesimi reattivi di Neubauer, eccetto il ferrocianuro, invece del quale adopera una soluzione di acido carminico sotto forma di tintura di cocciniglia: aggiunge all'orina la soluzione acetica di acetato d'ammonio, colora con la cocciniglia, riscalda e versa con la buretta la soluzione titolata di acetato uranilico sino a che il liquido assume una colorazione verdognola. La soluzione d'uranio si titola, dal canto suo, nel medesimo modo in rapporto a una soluzione di fosfato bisodico contenente 5 gr. di anidride fosforica per litro.

I risultati ottenuti con questo processo sareb-

(1) BARD. *Précis des Examens de Laboratoire*. Paris, Masson, 1918.

bero, secondo Mercier, esattissimi, perchè concorderebbero con quelli ottenuti con l'analisi ponderale. Ed Huppert soggiunge che esso dà gli stessi risultati del processo primitivo di Neubauer, perchè quando si ottiene una colorazione verde incipiente e persistente, il ferrocianuro non svelerebbe nel liquido la presenza dell'uranio, ma la svelerebbe ove si aggiungesse ancora qualche goccia della soluzione uranilica.

Nei miei esperimenti io sono partito dalla osservazione secondo la quale la colorazione verdognola del liquido indicherebbe il primissimo eccesso di uranio; poichè essa, se confermata nelle più svariate condizioni sperimentali, renderebbe manifestamente inutile qualsiasi altro controllo. Ho perciò aggiunto all'orina la soluzione acetica di acetato ammonico, ho colorato con cocciniglia, ho riscaldato, ho versato acetato uranilico fino a colorazione verdognola incipientissima e persistente, ed ho filtrato. Operando in questa maniera, che è poi quella secondo cui procede la determinazione dell'acido fosforico, *il filtrato dimostra costantemente al ferrocianuro un notevole eccesso di uranio.*

Il processo mi veniva da questi risultati scosso fin dalle fondamenta; ma la serietà degli sperimentatori che mi hanno preceduto m'imponeva l'obbligo di ricercare le circostanze in cui si verificassero le loro osservazioni.

Sperimentai all'uopo l'acido fosforico, i fosfati acidi, i fosfati neutri e i fosfati basici; e trovai che *l'osservazione dell'Huppert è esatta soltanto coi fosfati tribasici, sieno questi alcalini o terrosi.* Se, cioè, si scalda una soluzione di fosfato trisodico, ovvero dell'acqua contenente in sospensione del fosfato tricalcico, o ammonico-magnesiaco, se si colora con qualche goccia di tintura di cocciniglia, e si aggiunge del nitrato uranilico fino a che la colorazione del liquido volga al verde, il filtrato non dà col ferrocianuro la nota reazione dei sali di uranio, ma la dà per converso ove si aggiunga ancora una piccola goccia della soluzione uranilica. Adoperando invece — e tale è il caso dell'orina — una soluzione di fosfati fortemente acetica, il risultato è ben diverso; *quando si manifesta la colorazione verde persistente, il liquido contiene una forte quantità di uranio.*

Un tale fatto però non avrebbe avuto importanza nel giudicare il processo dosimetrico in sè medesimo, qualora questo desse sempre gli stessi risultati nelle più svariate condizioni sperimentali; richiedesse, cioè, sempre e in ogni caso il medesimo eccesso di uranio per arrivare alla reazione finale. È evidente, infatti, che una volta titolata esattamente la soluzione uranilica rispetto a una soluzione fosforica a titolo noto, l'eccesso di uranio necessario per la reazione finale, *ove fosse una quantità costante,* non avrebbe nessuna influenza sui risultati numerici.

Per risolvere la complessa questione mi era dunque necessario studiare metodicamente prima la reazione in sè medesima, e poscia in relazione agli acidi e agli acetati, e da ultimo in relazione all'orina e ai suoi componenti.

Sarebbe inutile riferire qui i dettagli sperimentali, che non presentano d'altronde nessuna peculiarità in confronto delle note regole analitiche; mi limito perciò a raggruppare i risultati delle mie esperienze attorno ai singoli punti presi a studiare:

1) La reazione dei sali uranilici sull'acido carminico è sensibilissima. Una soluzione di nitrato d'uranio talmente diluita, da velarsi appena in rossigno col ferrocianuro, viene colorata nettamente in verde da una goccia di tintura di cocciniglia.

2) Gli acidi minerali, e gl'idrati, carbonati e bicarbonati alcalini e terrosi, anche in tracce, distruggono la reazione, dando invece le reazioni lor proprie (arancio con gli acidi, violetto con gli alcali).

La combinazione delle due reazioni precedenti può adoperarsi con vantaggio nei saggi alcalimetrici ed acidimetrici, *presentando su tutti gli altri indicatori il prezioso vantaggio d'indicare la neutralità reale dei liquidi con una terza tinta* (verde) *completamente diversa da quella dell'alcalinità* (violetta) *e da quella dell'acidità* (aranciata).

3) L'acido acetico in piccola dose non ha influenza sensibile sulla reazione; in debole eccesso, ne diminuisce la sensibilità; in grande eccesso la distrugge al pari degli acidi minerali. Un eccesso di uranio riproduce però la colorazione verde, contrariamente a quanto avviene con gli acidi minerali;

4) Gli acetati alcalini in soluzioni neutre:

a) in quantità equivalente all'uranio, non hanno veruna influenza sulla reazione. Ne deriva che l'azione del *solfato,* del *nitrato,* del *cloruro* e dell'*acetato* di uranio è sempre la stessa;

b) in quantità eccedente, diminuiscono la sensibilità della reazione (il verde volge al violetto; si sa, già. che gli acetati hanno reazione alcalina verso il tornasole e molti altri indicatori). Ne deriva che l'aggiunta degli acetati alcalini all'*acetato* di uranio è sempre dannosa; ai sali di uranio ad acidi minerali è, invece, dannosa solo quando l'acido acetico è in eccesso sull'uranio per formare l'acetato;

5) Gli stessi acetati:

a) in soluzione debolmente acida, riproducono la colorazione verde;

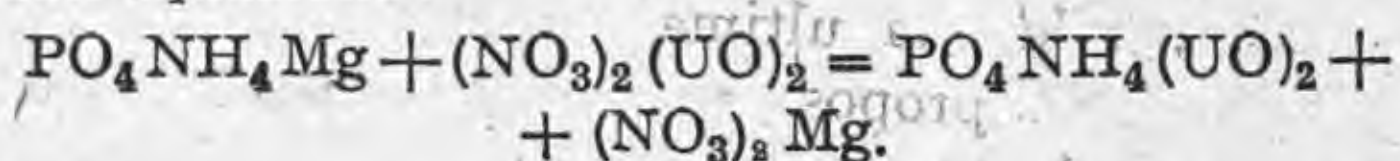
b) in soluzione fortemente acida, non modificano il colore arancio.

6) I sali alcalini di acidi deboli (borati, tungstati, molibdati, cianuri, ecc.) distruggono la reazione.

7) L'ebollizione più o meno viva, o più o meno prolungata, influisce sulla reazione, quando sieno presenti acidi, acetati ed ammonio; in guisa che, *caeteris paribus*, si hanno risultati sensibilmente diversi secondo che si lasci bollire più o meno vivamente, più o meno lungo tempo.

Dalle esposte cose deriva che la titolazione dell'acido fosforico mediante la reazione carmino-uranilica, è estremamente circostanziata, dipendendo la sua esattezza da un numero grandissimo di circostanze che è impossibile realizzar tutte di volta in volta. Perchè, ammessa pure la possibilità di aggiungere quantità di acido acetico ed acetato ammonico rigorosamente determinate, tutto ciò non basterebbe, chè sarebbe ancora necessario o conoscere la quantità d'ammoniaca esistente nell'orina, o previamente eliminarla. E nemmeno ciò basterebbe; perchè bisognerebbe pure conoscere od eliminare le quantità di ammoniaca che, per effetto dell'ebollizione, si formano in seno stesso all'orina, dall'urea e dalle altre sostanze ammoniacali. E da ultimo bisognerebbe poter calcolare l'ammoniaca che si volatizza per effetto dell'ebollizione sull'acetato ammonico.

Tutte queste cose rendono, in urologia, enormemente fallace la reazione carmino-uranica applicata al processo di Neubauer. Come però le cause d'errore dipendono dalla presenza degli acidi e degli acetati alcalini, ho voluto vedere se non fosse possibile eliminar gli uni e gli altri, separando, per es., l'acido fosforico dall'orina allo stato di fosfato ammonico magnesiaco. Ho scelto questa forma, sia perchè essa è perfettamente definita e insolubile nell'acqua calda, sia perchè la reazione dei sali uranilici su di essa, in *liquidi acetici*, è ben nota, e rappresentata dall'equazione:

$$PO_4NH_4Mg + (NO_3)_2(UO)_2 = PO_4NH_4(UO)_2 + (NO_3)_2Mg.$$

Mi restava a ricercare se in *liquidi neutri* la reazione fosse la stessa.

A tal fine sospesi in acqua del fosfato triplo, colorai con tintura di cocciniglia, riscaldai e aggiunsi con la buretta una soluzione di acetato uranilico fino a colorazione verdognola incipiente e persistente. Filtrai; il filtrato non precipitò nè con ferrocianuro di potassio (*assenza di uranio*), nè con miscuglio magnesiaco (*assenza di acido fosforico*). La precipitazione dell'acido fosforico e dell'uranio era, dunque, completa.

Per assicurarmi poi che il precipitato constava unicamente di fosfato ammonico-magnesiaco e non contenesse, per es., come poteva dubitarsi, ossido di uranilo, lo bollii a lungo in una soluzione fortemente acetica di acetato di sodio; il filtrato non reagì col ferrocianuro, e ciò dimostrommi che il precipitato non conteneva ossido di uranilo, il quale, se presente, sarebbe passato in soluzione nel liquido acetico, e quindi nel filtrato. Per controllo di tali esperienze feci da ultimo due saggi con la stessa quantità di fosfato ammonico-magnesiaco: nell'uno, sciolsi il fosfato con acido acetico e titolai l'acido fosforico col processo di Neubauer; nell'altro, sospesi il fosfato in acqua, colorai con la cocciniglia, riscaldai ed aggiunsi acetato di uranilo fino a colorazione verde incipiente e persistente. In ambedue i casi usai la stessa soluzione uranica, e ne occorsero volumi sensibilmente eguali.

La reazione dei sali uranilici sul fosfato ammonico-magnesiaco è dunque assolutamente la stessa, sia che il fosfato resti sospeso nell'acqua, sia che venga disciolto con acido acetico.

Da tali esperienze scaturisce la conseguenza che la reazione carminico-uranilica, inapplicabile tanto in soluzioni acide quanto in presenza di acetati e di altri sali solubili di acidi deboli o debolissimi, può invece applicarsi quando si precipiti previamente l'acido fosforico sotto forma di sale ammonico-magnesiaco; in questo modo si elimina anche, dall'orina, un'altra causa di errore dovuta al colorito e alla presenza di sali ad acidi deboli.

Ed ecco in qual maniera potrebbe procedersi.

50 cm^3 di orina bruta si mettono in una capsula, si aggiunge, a goccia a goccia ed agitando, dell'ammoniaca fino a comparsa d'un precipitato persistente, indi circa 10 cm^3 dell'ordinaria mistura magnesiaca, e si scalda. Con ciò, tutto l'acido fosforico precipita. Si lascia depositare, ciò che avviene rapidamente, si decanta la massima parte del liquido soprastante, si aggiungono 30-40 cm^3 di acqua distillata, si scalda e si decanta di nuovo. Si ripete l'operazione 3-4 volte, per essere sicuri che il precipitato è lavato perfettamente, evitando accuratamente perdite di precipitato. L'ultimo saggio si scalda a fuoco libero, fino a che il liquido più non colori in azzurro la carta rossa di tornasole. A questo momento il liquido è neutro, quindi non contiene più ammoniaca libera, e il saggio è pronto per la titolazione dell'acido fosforico.

A tal fine si aggiungono 4-5 gocce di tintura

di cocciniglia, e poi, sempre a caldo, la soluzione titolata d'*acetato uranilico* fino a colorazione verde incipiente e persistente. La soluzione uranilica dev'essere titolata nello stesso modo in rapporto a una soluzione di acido fosforico a titolo noto e convertito in fosfato triplo.

L'esecuzione non presenta particolari difficoltà: le operazioni che essa richiede sono delle più elementari, e non richiedono speciali *virtuosità* tecniche. Sicchè il dosamento dell'acido fosforico *così eseguito* può ben sostituire quello antico di Neubaner, del quale possiede il rigore, e sul quale offre il vantaggio d'una maggiore facilità d'esecuzione, a causa appunto della reazione finale che avviene in seno stesso al liquido. La stessa previa precipitazione dei fosfati non è che uno svantaggio solo apparente; poichè è risaputo che i risultati del processo Neubauer originale nell'orina *bruta* sono soltanto approssimativi, e che anche con esso, quando si vogliano risultati precisi, la previa sèparazione dell'acido fosforico con la mistura magnesiaca è sempre indispensabile.

Resterebbe a vedere se il costo dei reattivi e la necessità della previa preparazione e depurazione del fosfato ammonico-magnesiaco non facciano desiderare un più semplice e più economico processo; posto che la chimica analitica offre oggidì molti elementi per ottenere la determinazione dell'acido fosforico con operazioni alcali-acidimetriche, vale a dire con operazioni analitiche delle più facili e delle più semplici, alla portata prfino dei principianti (1).

Conclusioni:

1) La reazione carminico-uranilica non si può applicare al processo originario di Neubauer in luogo delle reazione del ferrocianuro;

2) Essa può applicarsi alla determinazione dell'acido fosforico solo in liquidi neutri e in assenza di sali di acidi deboli, e a condizione che nel corso delle operazioni non si dia luogo a produzione di acidi nè di ammoniaca. Così ad esempio, non è applicabile ai fosfati bibasici, tanto meno ai monobasici, perchè essi, reagendo su sale di uranio, mettono in libertà una parte dell'acido cui questo è legato;

3) Per applicare in urologia la reazione carminico-uranilica, è indispensabile separar prima l'acido fosforico allo stato di sale ammonico-magnesiaco, e poscia oprare a caldo su questo composto ben depurato e sospeso in acqua perfettamente neutra o neutralizzata.

Chieti, 30 gennaio 1919.

(1) Ved. PITTARELLI, *Un metodo di determinazione alcalimetrica simultanea dell'acido fosforico e dell'acido solforico nell'orina*, in «Riforma Medica», 1918, n. 47.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 22 dicembre 1918.

(Presidenza del prof. sen. I. DURANTE).

Cinematizzazione spontanea di monconi dell' avambraccio.

Il presidente senatore Durante, prima di dare la parola su le comunicazioni presentate, invita gli accademici a voler osservare il soggetto presentato dal prof. Alessandri amputato al terzo superiore dei due avambracci, che senza alcuna cineplastica utilizza i suoi monconi in maniera meravigliosa per i più svariati bisogni (togliersi la giacca, rimettersela, prendere un soldo dal taschino del gilet riconoscendolo al tatto, prendere, accendere e portare alla bocca una sigaretta, scrivere con una certa celerità, ecc.).

Il prof. Alessandri nella prossima seduta esporrà il suo pensiero sul meraviglioso fenomeno.

Afasia motoria.

Prof. G. MINGAZZINI. Presenta all'Accademia il cervello di un paziente che era rimasto per molto tempo e fino alla morte affetto da afasia motoria completa senza che si fosse stabilito alcun compenso. I tagli frontali attraverso gli emisferi cerebrali dimostrano che la regione *prae* e *supra lenticularis* di sinistra era distrutta ed edematosa in parte in modo da interrompere la comunicazione fra la area di Broca e il lenticularis, formazioni rimaste integre.

Intorno ad alcune vedute recenti sull' azione biofisica dei raggi X.

Prof. G. GHILARDUCCI.—Riferisce le esperienze compiute e ne comunica le conclusioni dedotte. Esse dimostrano come non vi sia da fare un cieco affidamento nelle misure puramente fisiche alle quali dovrebbe aggiungersi il criterio biologico desunto dall'esperimento e dall'osservazione clinica. Nella sua ultima comunicazione all'Accademia l'O. propose una unità di misura biologica per la terapia profonda: farà una pubblicazione documentata sull'argomento e svolgerà più ampiamente i concetti accennati in questa e nelle note precedenti e si lusinga che da tale esposizione emergerà anche con maggiore evidenza l'utilità di una misura biologica per la radioterapia.

Dott. ENNIO GROSSI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

La forma laringea del cancro dell'esofago.

Il cancro dell'esofago non ha una sintomatologia sempre uniforme, che richiami l'attenzione direttamente sull'organo colpito; talora i disturbi, accusati dai pazienti, richiamano l'attenzione del medico sul laringe, con accessi di soffocazione, disturbi nella respirazione e nella fonazione.

Già nel 1879 Gougenheinm aveva segnalato, in occasione di una stenosi cancerosa dell'esofago, una doppia paralisi dei laringei inferiori.

Marchand ha insistito nella sua tesi sugli accessi di soffocazione e di pseudo angina, che accompagnano talora i neoplasmi dell' esofago. Gaaucher e Potel narrano di un malato in cui, prima della sindrome stenotica, la malattia esordì con voce rauca, dispnea progressiva con cornage tale che obbligò ad una tracheotomia.

Nel caso di Hurstel la malattia cominciò con disturbi della fonazione, con dispnea, che portò alla morte per asfissia, e l'autopsia rivelò un cancro dell'esofago, che imbrigliava i ricorrenti; nessun disturbo della deglutizione.

Nei malati di Rénault e di Oulmart il neoplasma dell'esofago fu preso durante la vita rispettivamente per un cancro del laringe e per un aneurisma dell'aorta; in quello di Gaillard il malato fu inviato in clinica laringoiatrica per paralisi della corda vocale destra.

Il caso, infine, descritto da Munier presenta dimagramento, raucedine, dispnea; i tentativi di parlare e di deglutire provocano tosse stizzosa, con espettorato spesso tinto in rosa, dispnea moderata nel riposo che cresce con lo sforzo, non disturbi della deglutizione. Infine il malato diviene afono e perisce per asfissia: l'autopsia rivela un cancro vegetante dell'esofago. Nunier propone di distinguere *una forma laringea del cancro dell'esofago.*

A questa casuistica aggiungono un contributo clinico E. Cottin e C. Saloz (*Arch. des Mal. de l'App. digestif*, 1918, n. 12) con una storia molto dimostrativa. Si tratta di un malato che avverte i primi disturbi della sua malattia verso la metà di settembre: accessi di tosse, dispnea a parossismi; a gennaio presenta voce bitonale, disturbi respiratorî e difficoltà di nutrirsi, poichè i tentativi di alimentazione determinano accessi di tosse e di soffocazione.

Di tali disturbi si trova la causa nella paralisi del ricorrente: mancano sia un aneurisma dell'aorta, o un tumore ganglionare; l'attenzione è rivolta sull'esofago, a malgrado il sondaggio sia inconcludente e la radioscopia impossibile, e su di esso si ferma col sospetto di tumore della regione cervicale dell'esofago.

L'autopsia conferma il sospetto.

Tutti i mezzi diagnostici, anche i più moderni e risolutivi possono fallire a proposito del cancro dell'esofago a forma laringea. Il riscontro boccale, come il rumore di *glou-glou*, dovuto al passaggio dei liquidi attraverso un punto stenosato, non forniscono resultati precisi e decisivi; il cateterismo e la radioscopia non sono il più delle volte praticabili a causa dello spasmo laringeo o della tosse spasmodica; nè miglior ausilio offre il laringoscopio. La pulsazione laringo-tracheale di Castellino e l'ineguaglianza pupillare di Hitzig sono sintomi poco costanti, e, anche se presenti, costituiscono una indicazione molto vaga.

L'esofagoscopia della parte superiore dell'esofago è da Guisez riconosciuta come difficile per i cancri della regione superiore esofagea, e la esplorazione è molto dolorosa.

Talora la diagnosi è raggiunta per eliminazione, ma più come diagnosi sospetta che accertata.

t. p.

La sintomatologia dei neoplasmi dell'ampolla del Vater.

L'inizio di un processo neoplastico nell'ampolla del Vater differisce da un caso all'altro, ma in generale vi sono dei fenomeni premonitorî di dispepsia, dolore, disturbi dell'appetito (talora aumento, tal altra diminuzione) con disgusto per la carne. La digestione è di solito lenta, con senso di ripienezza epigastrica dopo i pasti; talora si hanno parossismi dolorosi seguiti da vomito; la diarrea si alterna con la costipazione.

La sopraveniente emaciazione può far sospettare un neoplasma di cui non si può precisare la localizzazione; la comparsa dell'ittero richiamerà l'attenzione sul tratto biliare.

L'ittero è un sintoma costante ed importante, che appare in mezzo alla piena salute, oppure è preceduto dai sintomi accennati. Da principio può essere intermittente, sia per contrazione spastica dell'orificio del coledon, sia per variazioni di vascolarizzazione del neoplasma. Ha i caratteri di un ittero da ritenzione (feci scolorate ed urine cariche di pigmento biliare) e può arrivare fino alla melanodermia.

Comune è il prurito, talvolta gravissimo: occasionale lo xantelasma.

I disturbi digestivi sono vaghi; la diarrea che si riteneva un tempo un elemento importante

per la diagnosi non si osserva che nel 51 % dei casi; essa è provocata dal fatto che manca la scissione dei grassi, dei quali si trovano numerose goccioline all'esame microscopico delle feci; in queste dopo un pasto di carne, si rinvengono fibre muscolari ed elastiche.

L'ingestione di capsule contenenti joduro di potassio non è seguita da eliminazione di jodio nell'urina; quella di salol non è seguita da eliminazione di acido salicilico.

Poco valore diagnostico ha il dolore, che spesso è assente e non è intenso; la febbre è stata riscontrata nel 10 % dei casi.

Verso la fine si verificano disturbi cerebrali delirio, coma, convulsioni.

L'analisi del sangue dimostra una grande riduzione dei corpuscoli rossi e dell'emoglobina.

Rare sono le emorragie intestinali e la glicosuria.

Obbiettivamente si può riscontrare un fegato ingrossato, liscio e duro. Nella regione della cistofellea si può palpare una massa mobile, resistente e dolorosa, la cistifellea è ingrandita nel 92 % del casi.

In complesso la sindrome di Courvoisier-Terrier (ittero da ritenzione, decolorazione delle feci e dilatazione della cistifellea) è l'unica che permetta una diagnosi di neoplasma dell'ampolla del Vater, ed è da opporsi al complesso sintomatico della litiasi biliare con ittero intermittente e retrazione della cistifellea.

(*Medical Record*, 30 nov. 1918).

FIL.

TERAPIA.

Il calomelano nelle emorroidi e nel prurito anale.

L'applicazione del calomelano in polvere sulle emorroidi, dopo che la cute circostante è stata ben pulita ed asciugata, fa cessare prontamente il dolore: quando poi tale applicazione è stata ripetuta diverse volte, le emorroidi rimpiccioliscono gradatamente e si trasformano in lembi di pelle pallidi ed indolori.

Nel prurito anale poi il calomelano agisce quasi come uno specifico; spolverizzato nella regione anale, dopo la defecazione, vi forma un intonaco biancastro, di cui si vedono le tracce anche dopo 24 ore.

Questa azione del calomelano però si ottiene soltanto usandolo in forma di polvere; incorporato in un unguento esso è invece inerte e parecchi hanno dovuto notare che dopo l'inefficacia di una lunga cura di unguento di calomelano, è bastata l'applicazione della polvere, per portare rapidamente sollievo.

(*Medical Review*, febbr. 1919). I. P.

L'olio di chenopodio nell'anchilostomiasi.

Secondo recenti osservazioni (cfr. *Lancet*, 11 genn. 1919) l'olio di chenopodio sarebbe meno tossico, meno costoso e più efficace che il timolo ed avrebbe inoltre un effetto maggiore sugli ascaridi associati con l'anchilostoma. I risultati fallaci sarebbero da attribuirsi alla piccolezza delle dosi.

Le quantità giuste sarebbero le seguenti: oltre 60 anni, 40 goccie; fra 21 e 60, 60 goccie; da 11 a 20, 40 goccie; sotto i 10 anni, 3 goccie per ogni anno di età; per le donne incinte, 18 goccie.

La dose va divisa in due parti uguali, da somministrarsi alle 7 ed alle 9 del mattino, dando, la sera prima, del solfato di magnesia diluito in molta acqua; purgante che va ripetuto due ore dopo la seconda dose di olio di chenopodio.

Nelle isole Figi si sarebbe ottenuto con questo metodo l'85 % delle guarigioni; sopra 1000 guarigioni ottenute nei primi tre mesi di applicazione, se ne sarebbero ottenute 801 dopo due trattamenti, 184 dopo quattro, e 15 dopo cinque.

Nessun effetto spiacevole è segnalato dopo lo uso del medicamento.

[Ricordiamo che intossicazioni da olio di chenopodio vennero osservate anche dopo la somministrazione di sole 40 goccie, e che da noi il dott. Di Giovanni non potè ottenere apprezzabili risultati nella cura dell'anchilostomiasi pure avendo somministrato il rimedio a dosi piuttosto elevate. *N. d. Redatt.*]

FIL.

Sui sieri zuccherati.

Si va ora diffondendo l'uso del siero glucosato, a preferenza di quello semplicemente clorurato specialmente negli stati infettivi accompagnati a reazioni renali, che diminuiscono la permeabilità di questo organo.

Come succedanei, sono stati consigliati i sieri al saccarosio ed al lattosio; questi zuccheri però, a differenza del glucosio, hanno l'inconveniente di non essere affatto utilizzati dall'organismo e di passare integralmente nelle orine.

L. Duprat e A. Demolon (*Paris médical*, 5 ottobre 1918) fanno inoltre rilevare i pericoli a cui si può andare incontro usando il glucosio del commercio, prodotto sempre impuro, ricco di destrine e contenente altre sostanze estranee provenienti dalla saccarificazione solforica.

Il saccarosio invece può ottenersi chimicamente puro, e ad un prezzo non eccessivo, per trasformarlo in glucosio, basta sottoporlo ad un processo di inversione. Gli AA. consigliano il seguente procedimento.

Per il siero isotonico: saccarosio gr. 5.40; acqua distillata q. b. per 100 cmc.; acido cloridrico normale sei goccie per ogni 100 cmc.

Per il siero ipertonico, la stessa formola, aumentando la dose di saccarosio a gr. 10.80.

Sterilizzare 40 minuti a 100°, poi 15 minuti a 110°. Contemporaneamente fare sterilizzare delle fialette con soluzione di bicarbonato di sodio (otto goccie di soluzione normale per ogni cmc.). Al momento dell'uso, assicurare la neutralizzazione del siero aggiungendovi la soluzione di bicarbonato delle fialette, in proporzione di un cmc. per ogni 100 cmc. di siero.

Con l'azione dell'acido cloridrico, il saccarosio è invertito in glucosio, perfettamente assimilabile, come hanno potuto accertare gli AA. in un caso di insufficienza epatica, in cui hanno somministrato 200 gr. di siero isotonico nelle 24 ore.

FIL.

TECNICA.

Dosamento dell'albumina nelle orine.

Il metodo di Esbach, che è il più comunemente usato, fornisce risultati talmente erronei, che dovrebbero farlo abbandonare senz'altro. L'unico metodo, che dia garanzia di precisione, è quello ponderale, ma esso non è abbastanza semplice e spedito sì da poter essere usato nella pratica corrente. Risultati abbastanza esatti si ottengono col metodo diafano-metrico, che propone L. Bauzil (*Paris médical,* 5 ottobre 1918).

Si adotta come campione permanente di confronto un'urina in cui si è determinata l'albumina per pesata; la si filtra e si diluisce in modo da ottenere un grammo di albumina per litro; per la diluizione, si usa la soluzione seguente: cloruro di sodio gr. 7.50; cianurio di mercurio gr. uno; acqua distillata 9.6 per 1000 cmc.

In una serie di tubi di calibro uguale e ben trasparenti, si mettono quantità crescenti di tale urina (da cmc. 0.5 a cmc. 2), completando poi con la soluzione cloruro-cianurico il volume di 10 cmc. Si aggiungono ad ogni tubo due cmc. di soluzione di acido tricloro-acetico a 20 % e si chiudono i tubi con tappi di gomma o saldandoli alla lampada. Il reattivo produce nei tubi un intorbidamento di intensità crescente.

Tali tubi si conservano a lungo e servono per il dosamento, che si esegue sull'urina in esame filtrandola (eventualmente su talco) e diluendola con soluzione fisiologica, in modo di avere una concentrazione approssimativa da 0.05 a 0.2 ‰. In un tubo delle stesse dimensioni di quelli con i campioni di confronto, si mettono 10 cmc. di urina e 2 cmc. di soluzione di acido tricloroacetico, e si compara l'intorbidamento prodottosi con quello della serie dei tubi di campione, fino a trovarne uno che gli sia uguale. Così per esempio se si trova uguale intorbidamento con il tubo corrispondente a gr. 0.08 e se l'urina è stata diluita 10 volte, si avrà un contenuto d'albumina di 0.08 × 10 = 0.8 ‰.

FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1062) All'abb. n. 7595:

Vi è il libro « Fasciature ed Apparecchi » del compianto dott. U. Sabellico, edito a Firenze dalla Tipografia Barbèra (1907). F.

VARIA.

Movimento della popolazione del Regno nel 1916. — Le statistiche della popolazione, per il fatto della guerra hanno subito in questi anni delle modificazioni tali di cui non è ancora possibile precisare la portata, sia perchè la cifra del numero dei morti in guerra non è ancora esattamente conosciuta, sia perchè la popolazione è andata soggetta a notevoli ed incostanti mutamenti con prevalente spostamento verso l'Italia settentrionale.

Date queste evidenti cause di errore, i calcoli statistici riguardano soltanto il complesso della popolazione del Regno, che nel 1916 è risultata di 36.631.491 abitanti (non calcolando i morti in guerra).

I *matrimoni* hanno subìto una evidente diminuzione che va attribuita alla guerra; dal quoziente di 7.03 per 1000 abitanti nel 1914, si scende a 5.11 nel 1915, a 2.89 nel 1916.

Nascite. — Il quoziente per 1000 abitanti, che era di 31.07 nel 1914 e 30.53 nel 1915, si è abbassato nel 1916 a 24.07; conseguenza questa della diminuita nuzialità. Fra i nati vivi vi sono stati 845.027 legittimi (95.85 %) e 36.599 illegittimi (4.35 %; nel 1915 sono stati 4.15 %). I nati morti sono stati nel 1916 37.236 (4.05 %, di poco inferiore al quoziente del 1915).

Morti. — Nel 1916 sono morti 721.558 individui, cioè 19.7 ‰ abitanti e 82 per ogni 100 nati; non sono compresi in tale cifra le perdite di guerra, avvenute fuori del territorio del Regno, o in ospedali da campo o sul campo.

Nel 1914 la mortalità è stata di 17.94 ‰; nel 1915, del 19.56 (escluse le vittime del terremoto), e di 64 morti per 100 nati.

(Dal *Boll. di Statistica*).

FIL.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per il dopo guerra del corpo sanitario militare.

La guerra con le sue molteplici ripercussioni doveva necessariamente apportare una perturbazione nello equilibrio sociale ossia nello assestamento degli uomini di fronte alle esigenze della vita. Volendo studiare rigorosamente il fenomeno dovremmo indagare gli effetti sopra i singoli individui piuttosto che sulle varie classi sociali; ma purtroppo le tendenze si sviluppano oggi in senso contrario con danno non lieve per il ritorno allo stato di equilibrio. Non è mio compito addentrarmi nello scabroso argomento e d'altra parte non vorrei esser tacciato di incoerenza se malgrado queste premesse mi occupo degli interessi di una classe.

Il problema del *dopo guerra* affatica la mente di tutti e si vanno delineando tendenze le quali in ultima analisi convergono ad un medesimo punto; ciascuno attende dal Governo provvido la soluzione dell'arduo problema nella maniera più confaciente alle proprie aspirazioni.

Anche la classe medica reclama il dopo guerra ed è naturale. In fin dei conti la guerra si è ripercossa anche sui medici. Tra essi, come tra gli altri, chi ha guadagnato, chi ha perduto durante lo svolgersi del grande cataclisma ed ora si reclamano dal Governo provvedimenti riparativi.

Il Policlinico ha pubblicato un articolo *« Per il dopo guerra del Corpo Sanitario Militare »*, argomento non privo di interesse sul quale mi permetto esprimere il mio pensiero. Senza dubbio il servizio nella Sanità militare può per non pochi medici rappresentare un giusto miraggio per il proprio collocamento o per ristabilire il perduto equilibrio economico. Il tema è importante e se da un lato riveste caratteri di interesse personale per i medici che potrebbero da quella parte aprirsi una discreta via, dall'altro lato offrirebbe al Governo occasione veramente eccezionale per il riordinamento di un servizio tanto importante e sia prima che durante la guerra assai discusso. Non voglio abbandonarmi ad argomentazioni che potrebbero apparire inopportune od irriverenti e mi soffermo su una linea generale. La Sanità da quattro anni ha avuto tra mano la quasi totalità dei medici italiani e dovrebbe anche avere avuto agio di valutarne esattamente le singole attitudini. Scegliere tra costoro i più adatti con criteri veramente rigorosi, trasportarli nei nuovi quadri della Sanità significherebbe assicurarsi un servizio veramente alla altezza della situazione. È facile obiettare che siffatto provvedimento urta contro il massimo nemico di ogni cosa buona, contro quella burocrazia della quale non è possibile spogliarci pur costatandone e magari deplorandone ogni giorno i tristi effetti. Bisogna affrontare coraggiosamente la questione ed applicare provvedimenti eccezionali che il momento richiede.

Non vi ha dubbio che un numero considerevole di medici troverebbe nella rinnovata Istituzione una posizione conveniente ma conseguibile solo a determinate condizioni. Se nello interesse del servizio è necessario siano preferiti coloro che han dato prova di ottima preparazione alle mansioni alle quali verrebbero chiamati, per un supremo fine di giustizia dovrebbe fra questi avere la preferenza chi dette veramente alla Patria il contributo delle proprie energie non solo ma lo dette a detrimento grave, reale della sua posizione economica. Questi i concetti rigorosi per la cernita, purgati da ogni burocratico preconcetto di gradi, di età e sopratutto di artificiosi privilegi e di discutibili benemerenze.

Un provvedimento che avesse per base i principî sommariamente accennati dovrebbe trovare il consenso di tutti come quello che corrisponde agli interessi supremi dello Stato, al decoro di una classe, al vantaggio di non pochi che alla Patria dettero non soltanto il presente, ma anche l'avvenire e che per tanta renunzia meritano compenso. Nè è fuori di luogo porre in evidenza come i medici si trovino dal lato del proprio collocamento in condizioni di grande inferiorità in confronto delle altre classi di liberi professionisti. Gli avvocati, gli ingegneri, i chimici, ecc., hanno aperte dinanzi a sè molteplici vie diverse; i medici una sola nobile ma triste, l'assistenza ai malati.

Queste considerazioni sono inspirate al titolo dell'articolo del *Policlinico* del quale però non mi sentirei affatto disposto a firmare le conclusioni le quali tendono a stabilire privilegi ed a sanzionare sistemi che la esperienza stessa dimostra contrari al buon andamento del servizio.

Dottor LUIGI VERDIANI.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione degli Ordini dei medici.

In una lettera diramata ai presidenti degli ordini, il dott. Ballerini dichiara di considerarsi dimissionario dalla carica di vice-presidente della Federazione, e ciò in seguito ad un telegramma del Consiglio dell'Ordine di Torino, il quale denunzia come illegale la convocazione dell'assemblea federale per i giorni 29-

31 marzo, in quanto che la circolare relativa reca bensì la data del 28 febbraio, ma venne impostata l'11 marzo, come risulta dal bollo postale.

Il dott. Ballerini motiva le sue dimissioni dichiarando di non poter assumere la responsabilità del rinvio, di voler evitare una deplorevole secessione della compagine federale e per rispetto alla sua dignità. Affida al segretario il compito di convocare il Consiglio e l'Assemblea.

L'Ordine dei Medici di Palermo contro la réclame indecorosa.

L'Ordine dei Medici di Palermo, riunito in Assemblea Generale, sentita la relazione della Commissione nominata dal Consiglio, ha formulato un ordine del giorno con cui delibera:

1. Un voto di plauso alla Commissione per il sagace lavoro compiuto;

2. Di regolamentare la reclame che molti Sanitari fanno sui giornali (direttamente ed indirettamente a mezzo dei proprietari di Sanatori o altrimenti) in modo che gli avvisi siano tutti uniformi per i caratteri e le indispensabili indicazioni e riuniti tutti in unica rubrica, sotto la dicitura: « Avvisi sanitari approvati dall'Ordine dei Medici »;

3. Di far obbligo a tutti i Sanitari di tenere affisse e bene ostensibili nei rispettivi Consultori, Ambulatori, Sanatori, Gabinetti elettrici, radiologici, di analisi cliniche, ecc., delle tabelle diffidatrici contro la reclame indecorosa, tabelle fornite dall'Ordine. Tali tabelle, a cura dell'Ordine, saranno affisse nelle Farmacie nelle Stazioni ferroviarie e tramviarie, nelle Società Operaie ed Agricole, nei vagoni e negli Alberghi;

4. Di nominare una speciale Commissione Permanente, composta di 11 membri, con ampio mandato di coadiuvare il Consiglio nell'attiva vigilanza sull'obbligo che hanno tutti i soci di partecipare a questa lotta e sull'efficace applicazione dei detti provvedimenti e di tutti gli altri che essa crederà opportuno adottare, d'accordo col Consiglio (severa applicazione contro i trasgressori delle pene sancite dal Regolamento, compresa la sospensione dell'esercizio professionale; azione presso le Autorità perchè aiutino l'Ordine in questa lotta coi mezzi di cui dispongono, compreso il ritiro delle licenze di esercizio ai locandieri e loro commessi colpevoli di zuinaggio; eventuali azioni giudiziarie, ecc.);

5. Di delegare alla detta Commissione ed al Consiglio la ricerca dei mezzi pecuniari occorrenti per questa lotta; mezzi che dovranno essere forniti, in tutto od in massima parte, da coloro che sono più direttamente ad essa interessati (Consulenti, Proprietari e Sanitari di Case di Salute, di Ambulatori, di Gabinetti di cure e di analisi, e quanti altri ricorrono alla reclame sui giornali);

6. Di diramare con frequenza delle circolari a firma del Presidente dell'Ordine, colle quali si diffonda il più largamente possibile tra i Sanitari ed il Pubblico l'importanza morale e materiale della lotta contro la *reclame indecorosa*.

L'Ordine dei Medici di Catania per i Medici condotti.

Il presidente dell'Ordine, prof. Liborio Marchese, ha fatto tenere al Prefetto della provincia la seguente lettera:

« Il Consiglio Amministrativo dell'Ordine dei Medici della provincia di Catania nella seduta del 10 febbraio corr., considerando che gli stipendi dei medici condotti in quasi tutti i comuni della provincia sono più che meschini; che i medici durante la guerra han dato prova di sacrificare tutto, anche la vita, per servire la Patria ed i più ne son rimasti fortemente danneggiati; ha deliberato di rivolgersi alle Autorità competenti perchè ad onore della dignità di un medico ed in considerazione del caro vivere lo stipendio iniziale a seconda dei comuni, sia stabilito d'ufficio dalle 2000 alle 3000 lire annue, che è sempre ben poca cosa rispetto agli stipendi delle altre provincie d'Italia.

« Fa voti inoltre perchè venga definitivamente abolita la Condotta Piena ».

Per l'equo trattamento degli studenti di medicina.

Tutti gli studenti di medicina sono stati mandati in licenza straordinaria di mesi sei per continuare i propri studi nelle proprie Università. Intanto non viene dato loro nessuno stipendio durante questo periodo di tempo, mentre agli altri ufficiali anche essi studenti ma di altre facoltà, vengono corrisposti stipendi ed indennità. Non si comprende questa diversità di trattamento, che speriamo sarà presto eliminata. Al riguardo bisogna pur tenere presente che gli studenti di medicina si trovano già in condizione di inferiorità in confronto dei colleghi di altre facoltà: mentre questi sono già tutti ufficiali, sottotenenti, tenenti ed anche capitani, i primi sono tutt'al più aspiranti.

D'altra parte sarebbe opportuno che anche per i medici fosse applicato il decreto luogotenenziale del 23 febbraio 1919 sui corsi di integrazione. Tale decreto stabilisce che nelle R. Università e negli altri Istituti di istruzione, presso le singole facoltà o scuole, siano istituiti dei corsi di integrazione ai quali potranno iscriversi i laureati durante la guerra, che hanno seguito i corsi e superati gli esami prima di entrare in servizio militare, o anche durante tale servizio.

Ora una categoria che anche nell'interesse del pubblico ha indiscutibile ed assoluta necessità di frequentare tali corsi è quella dei laureati delle così dette Università castrensi di San Giorgio di Nogaro e di Padova, i quali hanno poi avuto anche il tempo, nei due anni passati ai reggimenti in linea, di dimenticare il poco e male appreso. Per i medici anzi, che hanno una laurea solo ad effetti legali, una vera laurea di guerra, è necessario qualche cosa di più che un corso d'integrazione.

ATTI PARLAMENTARI.

Per gli ufficiali medici di complemento inviati nelle colonie.

Ad un'interrogazione dell'on. La Pegna l'onorevole Battaglieri ha così risposto:

« Durante l'attuale campagna sono stati destinati in Libia — specie con le truppe metropolitane — prevalentemente ufficiali medici di cofplemento, mentre gli effettivi venivano richiamati dalle colonie per prender parte alla guerra. Cessate le ostilità, questo ministero ha disposto perchè gli ufficiali medici di complemento vengano esclusi dall'invio in Colonia, a meno che non si tratti di volontari, i quali rinunzino di seguire le sorti della classe cui appartengono, allorchè questa si congedi. Recentemente il Comando supremo ha inviato in Libia un certo numero di ufficiali medici di complemeno unitamente a Corpi e Reparti che sono stati colà trasferiti per ragioni di servizio. Per detti ufficiali medici di complemento, che non gradiscono la permanenza in colonia, come pure per gli altri che già vi si trovavano antecedentemente e che hanno diritto al rimpatrio, sono in corso disposizioni col Ministero delle colonie perchè essi siano sostituiti con altrettanti ufficiali medici in servizio attivo permanente. Quanto segnala l'on. interrogante, che cioè alcuni ufficiali medici di complemento, venuti dell'America in Italia per rispondere ad obblighi di servizio militare, siano stati avviati in Libia, è ammissibile sia avvenuto: ciò non esclude però che detti ufficiali possano ottenere al più presto il rimpatrio ».

Appello alla pietà delle famiglie dei medici.

Sottoscrizione per una giovanetta orfana di un medico:

Riporto (come dal precedente fasc. 12)	L.	1572
Prof. Uberto Arcangeli (Roma)	»	25
Dottor Enrico Ballerini (Roma)	»	10
Signora Margherita Ballerini (Roma)	»	10
Signorina Giulia Ballerini (Roma)	»	5
Dottor Guglielmo Coluzzi e signora (Solfagnano)	»	10
Signorine Amina ed Anna Maria Lorenzoni (Serravalle Pistoiese)	»	10
Signora Vincenzina Zattoni (San Piero in Bagno)	»	10
Dottor Giuseppe Trigila (Solarino)	»	10
Dottor Tito Scarrone (Cantello)	»	5
Dottor Giovanni Cavallone (Desana)	»	5
Dottor G. B. Semeria (Ospedaletti Ligure)	»	5
Dottor Giuseppe Montini (Brescia)	»	5
Signora Olga Sertoli (Sondrio)	»	5
Magg. Medico dottor Adolfo Saporito (Ancona)	»	5
Signora Giulia Faberi (Badia a Settimo)	»	5
Dottor Luigi Minutelli (Cascine di Buti)	»	15
Dottor Giulio Archinti (Milano)	»	4
A riportare	L.	1716

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7662) *Esonero dal servizzio militare.* — Dottor C. L. D. V. da S. A. L'articolo 3 del D. L. 9 dicembre 1917, n. 1985, dichiara che in quanto agli esoneri dei medici condotti rimangono in vigore tutte le disposizioni del precedente D. L. del 12 novembre 1916, n. 1529. E poichè tale ultimo D. L. tassativamente dispone che tutti i sanitarii dalla classe 1884 in poi debbono indistintamente far parte dell'esercito mobilitato, crediamo che a nulla approderebbe la domanda che intenderebbesi inoltrare per lo esonero del collega, che appartiene appunto alla classe 1884.

(7663) *Pensioni.* — Dott. P. F. da P. di B. Con i dati esposti liquiderà la pensione di annue lire 2591. Con altri sei mesi ed un giorno di servizio e di età, liquiderà la pensione di annue lire 2929. In mancanza della vedova la pensione spetta intera agli orfani, fino alla loro maggiore età. La vedova, in concorso con la prole minorenne, ha diritto a pensione in misura della metà di quella che sarebbe spettata o di cui usufruiva il marito. Non esercita influenza lo stipendio nella liquidazione della pensione. Sarà bene accrescere la pensione con i frutti del deposito volontario, che ammonteranno a lire 206 annue, riversibili anche agli eredi.

(7664) *Pensioni.* — Dott. G. B. da R. Con i dati esposti liquiderà l'annua pensione di lire 1844.16, tenuto anche conto del contributo plurimo pagato per dieci anni.

(7666) *Pensioni.* — Dott. G. C. da C. Solamente se il defunto era iscritto alla Cassa di previdenza dei medici condotti, agli orfani minorenni compete indennità o pensione a seconda che il loro genitore avea prestato oltre dieci od oltre venticinque anni di servizio.

(7667) *Medici di Opere Pie - Aumento di stipendio.* — Dott. C. B. da C. Un medico di ospedale civile che ha 900 lire di stipendio annuo non ha diritto a chiedere che gli venga portato lo stipendio a lire 1500. Essendo però effettivamente scarsa la rimunerazione ed assolutamente inadeguata ai tempi che volgono, potrebbe il sanitario chiedere bonariamente un congruo aumento ed in caso di rifiuto promuovere con apposito ricorso l'intervento della Commissione provinciale di beneficenza.

(7669) *Pensioni.* — Dott. P. R. da T. Inscrivendosi ora alla Cassa di previdenza, assume l'obbligo di pagare il contributo annuo di lire 132 ed acquista il diritto di ottenere, dopo 25 anni di servizio, una pensione vitalizia riversibile alla vedova ed ai figli minorenni, nella proporzione indicata nello apposito elenco attergato alla legge. I diciassette anni di libero esercizio professionale

non sono computati nei 25 indispensabili per la pensione come medico condotto ed Ella potrebbe ottenerne la liquidazione a 70 anni di età.

(7670) *Contributo alla Cassa pensioni durante il servizio militare.* — Dott. D. S. da P. C. Con D. L. del 7 febbraio 1916, n. 221, fu stabilito che il servizio prestato sotto le armi dai medici condotti è valutato come utile agli effetti della pensione, sempre che sia da essi, a mezzo dei Comuni da cui dipendono, dichiarato di continuare a versare i relativi contributi alla Cassa. I Comuni che anticipano alla Cassa i contributi dei sanitarii hanno diritto di rivalersene sugli stipendi od assegni attuali o futuri dei sanitarii medesimi o di ottenerne il rimborso dalla Cassa sulle corrispondenti pensioni od indennità che venissero liquidate. Dal che si deduce che è meglio pagare per non perdere circa tre anni utili. La dichiarazione deve farla a mezzo del sindaco del proprio Comune.

(7672) *Contributi alla Cassa pensioni durante il servizio militare.* — Dott. N. T. da R. Lo Stato non paga, durante il tempo in cui si è stato sotto le armi, i contributi dovuti dai medici condotti alla Cassa di previdenza. All'uopo bisogna tener presente il D. L. del 7 febbraio 1916, n. 221, secondo cui, durante il servizio militare, il medico condotto doveva, a mezzo del sindaco, dichiarare se intendeva seguitare a versare i relativi contributi. Tali contributi erano anticipati dal Comune, salvo rivalsa sugli stipendi dei sanitarii stessi o sulle quote di indennità o pensione che fossero eventualmente liquidate in loro favore. Se i contributi non furono pagati nè fu fatta la dichiarazione prescritta, gli anni passati sotto le armi non possono essere riscattati.

(7674) *Indennità caro-viveri.* — Dott. S. S. da M. Le Opere Pie non sono obbligate a concedere l'aumento di stipendio nella medesima proporzione stabilita per gli impiegati governativi. Di tal che non può essere impugnato l'atto con cui, in luogo del 30 %, si concede al medico ospitaliero l'aumento del 20 %. Il Decreto Luogotenenziale del 26 luglio 1917, n. 1181, relativo alla indennità caro-viveri per gli impiegati comunali non si applica a quelli delle Istituzioni di beneficenza.

(7675) *Medico militare in servizio civile.* — Dottor V. G. da S. A. all'E. Il medico militare in servizio civile deve compiere il medesimo servizio che compiva, a carico del Comune, il titolare chiamato sotto le armi. Ora, poichè in codesto Comune l'obbligo del titolare era limitato ai soli poveri, a tale servizio deve unicamente attendere l'ufficiale, chiamato a sostituirlo. Per gli agiati si deve seguitare come per lo innanzi e cioè, ognuno di essi deve pagare la prestazione medica di cui ha bisogno. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 1143:

Nessuna disposizione stabilisce che gli ufficiali dell'Esercito siano messi in congedo con una licenza di 15 giorni e relativo stipendio. (Cfr. risposta data all'abb. 6995 nel 12° Fascicolo). Nulla quindi di simile può spettare di diritto agli ufficiali della Croce Rossa. Le domande per ottenere l'indennità di congedamento vanno rivolte al Comitato Centrale pel tramite del Comitato regionale.

All'abb. n. 5156:

Ella può ricorrere al Ministero della Guerra — Direzione generale dei servizi logistici amministrativi — Divisione assegni.

Il ricorso deve naturalmente essere avanzato per via gerarchica.

All'abb. n. 2695:

Ella ha diritto alle indennità stabilite dal R. Decreto per gli ufficiali all'atto del congedamento. Le spettano quindi le lire 250 di indennità vestiario e le mensilità di stipendio commisurate all'intero periodo di servizio militare che avrà prestato allorchè verrà congedato.

Al dott. A. d. C., zona di guerra:

L'esonero ottenuto non le farà perdere il diritto all'indennità, commisurata, ben s'intende, al periodo di effettivo servizio militare prestato.

All'abb. n. 9925:

Pur avendo ripreso il suo servizio di medico condotto il 20 agosto 1918 nessuno può contestarle il diritto a percepire, in base al servizio militare prestato, quattro mensilità di stipendio, più l'indennità vestiario.

Al dott. D. P. da B.:

La domanda non è molto chiara.

Avvenuto il congedamento, si intende che ogni medico congedato è libero di tornare alla propria rispettiva sede.

I medici militari delle classi non ancora congedate sono invece ancora impiegati laddove il servizio lo richiede senza tener conto delle loro precedenti occupazioni.

Al dott. F. B. da G. s. G.:

Già altra volta si è detto che le 25 lire di indennità giornaliera furono elargite a quei medici militari che vennero tolti da altro servizio per esser messi a disposizione del Ministero dell'interno per la lotta contro l'influenza.

Il fatto di aver curato casi d'influenza nel Comune dove è stato destinato come medico condotto non Le dà quindi diritto a tale indennità.

All'abb. n. 660:

Le spettano tre mesi di stipendio oltre l'indennità vestiario (L. 250).

Ne rivolga domanda all'ufficio di amministrazione dell'Ospedale militare che è stato suo centro di mobilitazione.

All'abb. n. 6995:

Veda la risposta data nell'ultimo numero del *Policlinico*, pag. 381, fasc. 12.

All'abb. n. 8837:

Ella dovrebbe presentare una domanda al Comando Supremo, ma l'esito ne è molto dubbio, data la giovinezza della sua classe di leva (1891).

Al dott. O. N. da T.:

Il ricorso che Ella ha presentato al Ministero dell'assistenza e delle pensioni ed il cui risultato è ancora *sub judice* eccede la competenza di questa rubrica.

Circa il suo diritto a percepire una indennità pari a tre mesi di stipendio, nonchè l'indennità vestiario, nessuno può contestarglielo e la riscossione di tali indennità non lede nessuno dei suoi eventuali diritti a percepire le competenze per le quali ha presentato ricorso.

All'abb. n. 4322:

Per rispondere al suo quesito, che in ogni modo è bene ripeta per intero, occorre conoscere che cosa intenda significare con la qualifica « medici di reparto ».

All'abb. n. 10266:

Ella ha diritto ai due mesi di stipendio ed alla indennità di vestiario.

Per queste indennità che le competono ed anche per determinare i suoi diritti circa la polizza di assicurazione, si deve presentare all'ufficio di amministrazione dell'Ospedale militare che è stato suo centro di mobilitazione.

All'abb. n. 3643:

I medici della classe 1882 non sono stati fino ad ora messi in congedo.

Nulla esclude però che tale congedamento non possa presto avvenire.

Comunque Ella è ancora sottoposto agli obblighi militari e dimettendosi dalle cariche per le quali ha avuto l'esonero dovrebbe ripresentarsi al suo distretto.

All'abb. n. 842:

Qualunque sia stata la causa del suo congedamento precoce (esonero, infermità, ecc.) le competono sempre le due mensilità di indennità pel primo anno di servizio ed una mensilità per ogni altro anno successivamente trascorso alle armi.

Di più Le spetta l'indennità vestiario.

M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

La lotta antitubercolare in Sardegna.

C'è voluta la guerra per destare energie e suscitare iniziative nel Governo, negli Enti locali e fra i cittadini, per affrontare quel gravissimo problema che è la profilassi tubercolare in Italia.

Nulla o quasi, purtroppo, si era fatto in gran parte d'Italia.

Assai più grave e impellente che altrove è il problema della tubercolosi in Sardegna. Tanto più grave e tanto più impellente in quanto, mentre da una parte l'infezione tende ovunque a sempre più diffondersi, d'altra parte fanno assoluto difetto ogni e qualunque istituzione, ogni e qualunque mezzo, idonei a combatterla.

Occorreva affrontarlo in tutta la sua gravità, in tutta la sua complessità, questo problema, non già con soluzioni parziali, con programmi minimi, con piccoli mezzi; ma col creare istituzioni permanenti ad azione continuativa e intensiva.

E a questo compito, tutt'altro che lieve e facile, si è dedicato col massimo fervore e con tutta la sua ben nota competenza il prof. Donato Ottolenghi, che dirige l'Istituto d'Igiene dell'Università di Cagliari e che per un insieme di circostanze favorevoli si è trovato nella condizione di rappresentare per la Sardegna il consulente tecnico tanto della Croce Rossa Italiana come della Croce Rossa Americana.

Ed ecco i capisaldi del suo programma, che rappresentano da una parte i mezzi di più facile attuazione, dall'altra i provvedimenti più acconci a soddisfare, specialmente dal punto di vista pratico, le necessità più urgenti.

Al centro di tutta l'organizzazione antitubercolare l'Ottolenghi mette il *Dispensario*, destinato non solo a riconoscere e censire i malati e a indagare e studiare le condizioni sanitarie del loro ambiente famigliare, ma anche e sopra tutto a curarne l'educazione igienica, a provvedere alla loro cura ambulatoria e a indirizzare infine agli Istituti appositi quelli fra essi che avessero bisogno di essere ricoverati.

Che il *dispensario* rappresenti il provvedimento più efficace nella profilassi antitubercolare e insieme il mezzo meno dispendioso e di più facile attuazione, è cosa ben nota al pubblico medico. Esso dev'essere, sì, *curativo*, ma soprattutto *profilattico*.

Accanto al *dispensario* dovranno essere edificati gli altri congegni per combattere il terribile flagello, e cioè il Tubercolosario per i malati gravi, il Sanatorio per quelli destinati a migliorare o a guarire, le Stazioni per le cure di sole, di luce, d'aria, gli Ospizi marini, le Co-

lonie montane, gli Asili per l'allattamento e l'allevamento dei figli dei tubercolosi, le Scuole all'aperto, i Bagni popolari, le cucine economiche e infine si dovrà provvedere al rinnovamento edilizio, al riordinamento delle opere di beneficenza e di assistenza sociale, alla diffusione dell'istruzione igienica e dell'educazione fisica.

Il *dispensario* con cui ora si inizia la lotta sarà allora in grado di portare i suoi veri e grandi benefici.

In Sardegna si dovrebbero istituire, secondo il programma dell'Ottolenghi, per lo meno 40 *dispensari*, distribuiti fra le due Provincie nei centri più popolosi e più infetti e adatti, senza troppe difficoltà, a irradiare la loro azione nel maggior numero di Comuni viciniori.

Per farli funzionare occorre:

a) costituire un fondo per fitto e arredamento dei locali;

b) un altro fondo per spese di personale, medicinali, disinfettanti, manutenzione, pulizia e sussidi;

c) annettere possibilmente a ogni *dispensario*, o per lo meno a quelli dei maggiori centri, una Sezione elioterapica, per le forme tubercolari esterne (ghiandolari, ossee cutanee), anche esse molto diffuse in tutta l'Isola;

d) istituire premi annui in diplomi e in denaro per i *dispensari* che meglio assolvano il loro compito e per i Comuni che migliorino i servizi pubblici d'igiene e di assistenza sanitaria;

e) istituire anche premi in diplomi e medaglie per i direttori dei *dispensari*, per i medici e per i maestri elementari e per coloro che abbiano fatta e continuino a fare la più larga e fruttuosa propaganda nel campo dell'igiene in genere e della lotta antitubercolare in specie.

Queste ultime provvidenze servirebbero a risvegliare e interessare l'opinione pubblica e a provocare il sorgere di tutte quelle iniziative, che direttamente o indirettamente gioveranno alla lotta antitubercolare e per suscitare tali iniziative sarebbe assai utile:

f) creare qualche *dispensario* mobile, che sarebbe come la dimostrazione pratica di quello che dovrebbe definitivamente costituirsi;

g) inviare gratuitamente schede cliniche, registri, stampe di propaganda;

h) pubblicare infine un bollettino delle opere antitubercolari in Sardegna, mensile, da distribuirsi gratis a tutti i Comuni, il quale dovrebbe illustrare quanto si è fatto e quanto si dovrebbe fare e insieme fornire consigli e proposte.

***

Di questo importante programma ecco frattanto quanto è in via di attuazione.

Dispensari. — È in funzione, sin dal luglio 1917, il *Dispensario* di Cagliari, sempre frequentato. Funzionano, dall'anno passato, anche quelli di Sassari e di Nuoro. Funzioneranno fra breve quelli di Iglesias e di Lanusei.

Ospedali. — A Cagliari è aperto già da qualche mese un Ospedaletto di 35 letti della C. R. I. ed è in piena efficenza.

È in preparazione avanzata un padiglione di 20 letti della Direzione di Sanità, presso l'Ospedale civile.

Sono ugualmente in preparazione 20 letti a Oristano e 20 a Ozieri e a Sassari 2 padiglioni Docker con circa 30 letti.

Ma v'ha di più: a Cagliari è in costruzione un Tubercolosario di 80 letti, che si spera pronto per l'estate. Appartiene al Comitato del Dispensario antitubercolare; l'arredamento e la costruzione sono completamente finanziati e vi sono già alcune fondazioni di posti-letto (fondazioni Lord Brassey).

***

A promuovere ed avviare questo complesso piano d'azione, si è sentito il bisogno di coordinare e associare le azioni singole delle due Provincie e si è perciò pensato a costituire un *Consorzio interprovinciale*, destinato ad assicurare larghezza di mezzi finanziari, continuità di indirizzo e intensità di propaganda.

Si sono istituiti all'uopo due appositi *Uffici provinciali*, a Cagliari e a Sassari, che godono già di un fondo largito appositamente dalla C. R. A., la quale si è pure dichiarata pronta a contribuire alla futura opera del Consorzio.

Questi uffici devono preparare il programma concreto di lavoro con ogni particolare tecnico e finanziario e come primo atto si dovranno costituire circa 40 *Dispensari* nell'Isola, per i quali sono pronti i fondi di istituzione e di dotazione iniziale (L. 200,000).

Con un lavoro sistematico e coordinato con quello di altre istituzioni affini, i due uffici provinciali potranno svolgere così un'azione efficace e sollecita per affrontare e possibilmente risolvere questo problema della tubercolosi in Sardegna, che se era grave in passato è divenuto oggi veramente imponente e preoccupante.

B.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Gran cordone: Golgi sen. prof. Camillo, cavaliere di Gran Croce, Pavia.
Grande Ufficiale: Novaro sen. prof. comm. Giacomo Filippo, Genova.
Commendatore: dott. Ballerini Enrico, presidente dell'Ordine dei medici della provincia di Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

Convegno dell' Associazione Italiana per l' igiene della scuola.

Il 1° marzo si sono radunati a Bologna i Medici scolastici delle principali città per preparare un programma d'azione per lo sviluppo della igiene scolastica e della educazione igienica nelle scuole.

Dopo un'attiva discussione, alla quale presero parte Ragazzi di Genova, Boselli di Bologna, Albertini di Milano, Palomba di Roma, Castelli di Firenze, Molinari di Brescia, Privitera di Catania, si convenne sulla necessità di richiamare la pubblica attenzione sul concetto che la scuola rappresenta il cardine di ogni azione per il rinnovamento igienico della Nazione, poichè è la unica istituzione dove si possa formare una mentalità a dare abitudini di vita conformi alle esigenze della moderna igiene, dove si possano passare in rassegna tutti i fanciulli per rilevarne le condizioni morfologiche e funzionali ed applicare i mezzi più idonei a trasformarle e migliorarle.

Si approvò quindi di richiamare ancora una volta l'attenzione del Governo sulla necessità di rendere generale ed effettiva la ispezione e vigilanza medica in tutte le scuole ed istituire un insegnamento di igiene pedagogica per tutti i candidati all'insegnamento di qualunque grado, infantile, elementare e medio.

Inoltre l'Associazione deliberò di cominciare immediatamente il lavoro per preparare pubblicazioni di propaganda e cioè per ora un volumetto che illustri i principii dell'igiene scolastica, gli scopi, i vantaggi, i metodi d'applicazone, col proposito anche di unificare fin dove sia possibile i sistemi ora in uso, così da fare un tipo nazionale, tracciato in schemi per grandi, medi e piccoli comuni: volume da inviarsi a tutti gli Ufficiali Sanitari, i Maestri, i Sindaci, Medici provinciali, Provveditori ed Ispettori scolastici d'Italia.

Inoltre si è convenuto di fare due volumetti illustrati di volgarizzazione igienica, l'uno per i maestri delle classi inferiori, l'altro per quelli delle superiori, da diffondersi fra tutti gli insegnanti.

Questo lavoro sarà diretto dai più competenti medici scolastici, ed avrà l'appoggio morale e materiale della Croce Rossa Americana, la quale ha offerto la sua generosa cooperazione per questa iniziativa che potrà essere feconda di tanti e così utili risultati.

Mentre l'Associazione Italiana per l'igiene della scuola rivolge da questo periodico il più fervido appello a tutti coloro che si interessano della scuola e della igiene, perchè portino il loro contributo di idee, di suggerimenti, di lavoro, alla grandiosa opera di propaganda che si sta per iniziare, rende noto che saranno prese in esame tutte le proposte e le osservazioni che venissero inviate e che saranno specialmente apprezzate, brevi, chiare, succinte relazioni d'iniziative già attuate anche se limitate d'estensione e d'importanza, purchè cadano nel campo della igiene scolastica, della educazione igienica, e delle opere para-scolastiche.

Ai collaboratori più attivi verrà a suo tempo inviata in omaggio copia di tutte le pubblicazioni. Per ogni comunicazione e schiarimento scrivere al presidente dell'Associazione Italiana per l'igiene della scuola, prof. Mario Ragazzi, Genova, via Baldi, n. 15-F.

Conferenze dimostrative di igiene pratica nelle scuole normali.

Il Ministero dell'Interno e quello della Pubblica Istruzione hanno organizzato per il presente anno scolastico una serie di cinque conferenze dimostrative di igiene pratica, da tenere in alcune scuole normali del Regno, allo scopo di promuovere, attraverso il pubblico insegnamento, una ampia diffusione nel nostro popolo delle più indispensabili conoscenze di igiene.

Il programma redatto secondo le direttive segnate dalla Regia Commissione di igiene scolastica e pedagogica, evita ogni interferenza colle nozioni di igiene comprese nel vigente programma di scienze per il corso normale; anzi le conferenze suddette, di carattere essenzialmente pratico, giusta i concordi intendimenti dei due ministeri serviranno di svolgimento e di applicazione a quelle nozioni.

Le persone incaricate del breve corso sono state scelte fra gli ordinari e liberi docenti di igiene nelle R. Università, e ufficiali sanitari che abbiano frequentati i corsi di igiene scolastica tenuti nel 1914, e infine medici che abbiano mostrato speciale attitudine alla volgarizzazione dei concetti di igiene pratica e medicina sociale.

Questo primo esperimento sarà la base di quello che si intende fare con maggior larghezza in avvenire allo scopo nobilissimo di valersi dell'opera educativa, esercitata dall'insegnamento nella scuola, per generalizzare in tutte le classi della popolazione i criteri fondamentali della difesa individuale e sociale contro le malattie.

Per gli invalidi di guerra.

Il Ministro per l'assistenza militare e le pensioni di guerra, on. Girardini, ha sottoposto alla firma luogotenenziale un decreto col quale si aumenta notevolmente l'assegno supplementare già concesso dal decreto luogotenenziale 20 maggio 1917, n. 876, ai mutilati più gravi di guerra.

***

L'on. Peano ha svolto alla Camera un ordine del giorno così concepito: « La Camera, convinta che nei casi contemplati dagli art. 1 e 2 del decreto luogotenenziale 2 settembre 1917, n. 1385 e 1 e 2 del decreto internazionale 27 ottobre 1917, n. 1726, le ferite, le lesioni, le malattie che hanno determinato la invalidità o la morte dei militari devono presumersi riportate od aggravate dai servizi attinenti alla guerra, salvo le prove in contrario, passa all'ordine del giorno ». Egli si è appoggiato largamente all'esempio della Francia. Ha domandato che si faccia un testo unico ed invocato che in questa materia Parlamento e Governo procedano d'accordo per attestare la loro riconoscenza agli eroi della Patria.

***

Una circolare del Ministero della Guerra stabilisce che in analogia a quanto è prescritto per i mutilati bilaterali degli arti inferiori, ai muti-

lati bilaterali degli arti superiori venga fornita, a spese dell'amministrazione militare, oltre agli estetici, una seconda copia di apparecchi di protesi tali da permettere al mutilato di potere da solo provvedere alle necessità della vita vegetativa (nutrizione, pulizia personale ed abbigliamento).

Prelezione del prof. Giuffrè.

Il 20 febbraio u. s. il prof. Liborio Giuffrè tenne, dinanzi ad un eletto uditorio, la prelezione al suo corso di clinica medica presso l'Università di Palermo, svolgendo il tema: « I rapporti della medicina con la guerra e con il dopo-guerra ».

Per il Sanatorio antitubercolare di Roma.

La Società Nazionale di A. I. C., presieduta dal dott. Arnaldo Gussi, la quale ha acquistato dall'Amministrazione dell'ospedale di S. Spirito in Roma la grandiosa tenuta della Mesola nel Ferrarese, ha voluto associare all'acquisto una imperitura opera di beneficenza, con la cospicua offerta di un milione e 750.000 lire per l'erigendo Sanatorio di Roma. Alla cerimonia per la consegna della tenuta, presente il sottosegretario di Stato per l'agricoltura e molte autorità, il comm. Lusignoli, a nome dell'amministrazione ospedaliera, porse un plauso e un ringraziamento al dott. Gussi, per la munifica e benefica elargizione.

Di una setticemia alimentata da una banale ferita cutanea infetta non potuta convenientemente curare, prodottasi durante il lungo viaggio di ritorno da Costantinopoli in Patria, è venuto a mancare il prof. LEO MOHR, il patologo dell'Università di Halle.

Anche egli cade vittima della guerra!

Allievo di von Noorden, la sua attività scientifica si era concentrata sulle malattie del ricambio: in questo campo egli ha portato contributi pregevolissimi. Lascia oltre 50 pubblicazioni; il risultato dei suoi studi è condensato in una monografia, « Metodica delle ricerche sul metabolismo », redatta in collaborazione del suo allievo Beuttenmüller.

Insieme a Staehelin, attualmente clinico di Basilea, ideò e diresse il magnifico « Manuale di Medicina interna», in sei volumi, che è stato tradotto in molte lingue compresa la nostra.

Professionalmente il Mohr aveva ottenuto un successo senza precedenti. Egli era consulente ricercatissimo dell'Europa centrale. La sua attività professionale finì per nuocere alla sua produzione scientifica ed anche alla sua carriera accademica: non era ancora passato ordinario.

Fisicamente il Mohr era un colosso: dominava i suoi simili con la statura e la complessione poderosa. Era appassionato dello sport e specialmente della caccia.

Malgrado i suoi modi rudi e un po' canzonatori, era però dotato di animo mite e buono. Sentiva fortemente gli affetti familiari. Durante la guerra si era prodigato per quattro lunghi anni, assoggettandosi ad un vero strapazzo il quale finì per fiaccarne la resistenza.

In piena maturità è morto, a Parigi, il dott. H. MORESTIN, che ha compiuto un'opera durevole e magnifica nel campo della chirurgia estetica.

Nell'immenso campo di esperienze fornito dalle vittime più dolorose della guerra, Egli ha lavorato senza sosta ed ha portato i suoi metodi ad un altissimo grado di perfezione.

Ha reso possibile la vita a moltissimi infelici, che a lui sono debitori di aver riacquistato una fisionomia umana.

Ha fatto delle scoperte che rimarranno, come quella delle autoplastiche cartilaginee nelle perdite di sostanza del cranio. Lascia innumerevoli e apprezzatissime pubblicazioni, sulle autoplastiche di ogni genere e sovratutto sulle autoplastiche del viso. Il Morestin si è esaurito nel suo lavoro indefesso: dopo aver dato ai mutilati della guerra tutta la sua attività ed il suo ingegno, ha consacrato loro la vita. Contava appena 50 anni.

Rileviamo da « L'Idrologia, la Climatologia e la Terapia fisica », la morte, avvenuta da tempo, a Vienna, di GUGLIELMO WINTERNITZ, il fondatore dell'odierna idrologia scientifica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI *Roma, 6 aprile 1919* **Fasc. 14**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA
DELLA R. UNINERSITÀ DI CATANIA
Direttore: Prof. S. CITELLI.

Contributo allo studio delle afonie istero-organiche

per il dott. PIETRO CALICETI, assistente.

Se nelle afonie di natura puramente psichica la diagnosi riesce piuttosto facile, dato il loro modo d'insorgere e la mancanza assoluta all'esame laringoscopico di lesioni flogistiche o comunque organiche, in quelle, invece, in cui l'elemento nevrosico si sovrappone a quello organico, il problema diagnostico diventa singolarmente complesso e di difficile interpretazione.

In queste forme speciali di afonia il problema clinico consiste nel discernere i diversi elementi che intervengono nella genesi del disordine fonico, e nel determinare, fino a che è possibile, in quale proporzione ciascun elemento vi partecipa.

È facile comprendere come sia essenziale, per potere interpretare queste afonie dovute alla associazione di due fattori morbosi di natura del tutto diversa, di conoscere esattamente l'intensità e l'estensione dei fenomeni clinici che può produrre questa o quella lesione organica, e di tenere presente al pensiero la possibilità delle suddette associazioni morbose, per metterci in guardia contro due sorta di errori, consistenti l'uno nel disconoscere l'elemento organico, e l'altro nell'accordare a questo elemento un' importanza eccessiva. Chi ha fatto servizio nei reparti militari di specialità durante il lungo periodo di guerra, avrà con una relativa frequenza osservato questi casi speciali di afonia, in cui esisteva, per così dire, una certa sproporzione tra le lesioni organiche laringee e i disturbi funzionali, ed erroneamente forse, senza por mente alla possibilità di queste associazioni organico-psichiche, avrà qualche volta attribuito il quadro clinico ad uno solo degli elementi eziologici di esso.

In generale le lesioni organiche laringee precedono i fenomeni isterici. Sono queste lesioni

organiche (le quali, come risulta anche dai casi che io descriverò, possono essere varie e di diversa intensità), che divengono il punto di partenza, in soggetti isterici, o costituzionalmente neuropatici, o psichicamente deboli in seguito ad un surmenage morale e fisico (surmenage a cui tanto facilmente sono stati sottoposti i giovani durante questa lunga guerra) di un complesso lavoro di autosuggestione dal quale scaturisce il fenomeno isterico.

È difficile potere analizzare tutti i diversi elementi psicologici che possono concorrere alla produzione della suddetta autosuggestione: può essere la preoccupazione del soggetto per la diminuzione o perdita rapida della voce in seguito ad un fatto catarrale acuto o a lesioni di antica data, o la comparsa di una certa dolorabilità alla gola, o la mancanza di effetto di un mezzo terapeutico usato, o il discorso impressionante di un compagno, o l'osservazione di casi simili, o, infine, l'esame stesso del medico che richiama l'attenzione e l'apprensione del malato sopra il suo male, iniziandosi così il fenomeno della suggestionabilità.

Da questa autosuggestione, e specialmente se essa è combinata ad un fatto emozionale o traumatico (tanto facile ad aversi specialmente durante la guerra), può prodursi l'elemento isterico, che viene così a sovrapporsi all'elemento organico, risultandone quell'associazione morbosa che noi chiameremo organico–psichica.

Queste forme di associazione morbosa con tutta probabilità ,ora, cessata la guerra e con essa gran parte degli agenti provocatori dei fenomeni isterici, diverranno sempre più rare a riscontrarsi, venendo a mancare, o per lo meno molto a diminuire, uno degli elementi costitutivi di queste manifestazioni patologiche.

Credo, però, ugualmente utile illustrare queste forme speciali di afonia di natura mista istero–organica, e di portare a conoscenza alcuni tra i più caratteristici casi da me osservati durante la guerra, oltre che per l'interesse che l'argomento presenta dal lato clinico, per l'importanza che esso assume dal lato medico–legale.

Descrivendo queste mie osservazioni cercherò di mettere in rilievo gli elementi che mi guidarono al giudizio diagnostico e, inoltre, farò presenti i mezzi terapeutici usati.

CASO I. — Sold. N... A... di Caserta, classe 92.
Proviene da un ospedale da campo con diagnosi di sospetta laringite specifica.

Non risultano precedenti ereditari importanti. Il P. ebbe a soffrire di reumatismo articolare all'età di 14 anni; null'altro degno di nota per il passato.

Dalla cartella dell'ospedale di provenienza e dallo stesso paziente che parla con voce assolutamente afona, si rileva che verso i primi di aprile del 1918, in seguito a raffreddore e a mal di gola, ebbe forte abbassamento di voce. In una settimana circa il malessere e il raffreddore scomparvero completamente, rimase però sempre rauco, anzi divenne completamente afono verso la metà di maggio. Interrogato se durante questo periodo avesse avuto qualche emozione speciale, o fosse stato sottoposto a traumi violenti, ha risposto negativamente.

L'I. di costituzione scheletrica gracile, presentasi assai pallido e in istato di denutrizione: i riflessi superficiali e profondi si mostrano esagerati.

All'esame del torace si nota diffusamente un leggero respiro espiratorio aspro; null'altro degno di nota. Cuore sano; fegato nei limiti normali; la milza deborda di due dita trasverse dall'arcata costale (risulta che il malato ha sofferto di attacchi malarici).

All'esame del laringe si nota lieve infiltrazione diffusa della regione aritnoidea e meso–aritnoidea; le corde vocali sono un po' tumefatte, di colorito grigiastro, ricoperte da strie di muco.

Invitando il P. ad emettere un suono, le corde si avvicinano soltanto fino alla posizione cadaverica; però se si fa tossire l'ammalato, si vedono le cartilagini aritnoidi spostarsi fortemente all'indentro (in questo momento non si riesce a osservare le corde vocali).

L'esame dello sputo riesce negativo per il bacillo di Koch.

La mancanza di adduzione delle corde durante la fonazione, mentre esiste la possibilità di contrazione della glottide nella tosse, ci fa dubitare abbastanza che l'afonia possa essere dovuta, oltrechè ai fatti catarrali sub–acuti, a fenomeni psichici.

Si fa diagnosi pertanto di probabile afonia istero–organica.

Si cerca persuadere il malato di non preoccuparsi affatto della sua malattia, e lo si assicura che in breve potrà guarire completamente.

Per una diecina di giorni si fanno eseguire inalazioni laringee scongestionanti, e si praticano al faringe, data l'esistenza di una contemporanea faringite catarrale, delle pennellazioni iodo–iodurate. Avendo constatato un notevole miglioramento del processo catarrale laringeo senza ottenere alcun effetto dal lato funzionale, il 15 maggio dopo avere impressionato l'I. della necessità di un grave atto operativo alla gola per guarirlo, improvvisamente lo si fa porre da quattro infermieri sul letto operatorio e, messagli la testa in forte estensione, parlandogli con voce concitata e alta in segno di minaccia, gli si praticano manovre di strozzamento secondo il metodo Citelli.

L'I. dopo qualche tentativo per liberarsi dalle strette mie e di quelle degli infermieri che lo tengono fisso al letto, incomincia a balbettare qualche suono, indi a parlare con voce sonora.

Dopo una settimana circa, durante la quale continuò la cura inalatoria laringea, venne inviato al corpo completamente guarito.

CASO II. — Sold. V... F... classe 89.
Proviene da un ospedaletto con diagnosi di « tracheo–laringite catarrale ».

Riferisce di avere già da vari anni una faringite cronica, che nei periodi di riacutizzazione si accompagna spesso ad abbassamento di voce.

Ora da circa tre mesi ha senso di secchezza e di bruciore alla gola con voce rauca e in certi

momenti addirittura afona. Da più di due settimane la voce si mantiene costantemente afona.

Interrogato se ha avuto, stando in trincea, qualche forte emozione, dapprima risponde negativamente, poi, ripensandoci, dice che circa dieci giorni fa, trovandosi di vedetta, rimase molto impressionato per un colpo di fucile che gli passò in tutta vicinanza. Non dà a questo fatto alcuna importanza sulla sua malattia.

È individuo piuttosto piccolo, di colorito olivastro, in buono stato di nutrizione.

Negativo riesce l'esame del torace e del cuore. I riflessi cutanei, come pure quelli profondi, sono esagerati.

All'esame faringoscopico si osserva la mucosa del faringe di colorito rossastro, assottigliata, ricoperta da una sottile patina mucosa, essiccata.

All'esame laringoscopico si notano le corde vocali di colorito grigiastro, leggermente atrofiche e ricoperte in parte da muco essicato, molto aderente.

Invitando il P. a compiere qualche atto forzato di espirazione, si osservano le corde non tese e rilasciate al centro.

L'infermo può emettere colpi di tosse sonora. Questo fatto fa pensare che, per quanto esistano lesioni catarrali secche a carico delle corde vocali, non sia estraneo nella produzione dell'afonia, il fattore psichico, tanto più che nell'anamnesi è ricordata una causa emotiva.

Si cerca di rassicurare il malato dicendogli che riacquisterà completamente la voce dopo un certo periodo di cure, e gli si fa presente che se ciò non bastasse, riavrà la voce mediante un atto operativo alla gola.

Dopo una ventina di giorni di inalazioni e pennellazioni faringo-laringee con soluzione di Lugol, si osserva all'esame laringoscopico un notevole miglioramento nell'aspetto delle corde vocali; però persiste la paresi dei tensori e l'afonia. Dopo aver avvertito il malato che si rende necessario un intervento chirurgico, improvvisamente lo si fa prendere e mettere sul letto operatorio da quattro infermieri, e messogli sul viso la maschera imbevuta di etere, si simula di iniziare l'atto operativo.

Il malato spaventato tenta di ribellarsi, di divincolarsi, e in breve incomincia a parlare dapprima con voce rauca, poscia con voce normale.

Per un'altra quindicina di giorni si trattiene all'ospedale per continuare le cure locali laringee e per concedergli un po' di riposo, poscia si rinvia al corpo guarito.

CASO III. — Sold. B... F... classe 89, di Modena.

L'I., che parla con voce assolutamente afona, riferisce di avere già da vari anni tosse secca con senso di vellicchio in gola, e che da circa quattro mesi la voce è divenuta rauca. Ora da venti giorni è afono completamente. Il malato sembra un po' preoccupato del suo stato e parla con voce eccitata. Interrogato se ha avuto qualche emozione speciale durante quest'ultimo periodo di trincea, risponde negativamente.

È di costituzione scheletrico-muscolare regolare, di colorito pallido; i riflessi superficiali e profondi sono esagerati.

L'esame del torace fa rilevare l'esistenza di leggero catarro bronchiale diffuso; null'altro degno di nota all'esame generale.

Nel faringe si osservano sulla parete posteriore follicoli linfatici ipertrofici. All'esame laringoscopico si nota sul margine libero della corda vocale di destra in corrispondenza del terzo anteriore, una piccola rilevatezza liscia, grigiastra, sessile, rotondeggiante, della grandezza di un seme di canape. Questo tumoretto ha tutto l'aspetto di un piccolo fibroma. Invitando l'I. ad emettere la vocale « e », le corde non si tendono e restano divaricate; si osserva, cioè, limitazione di movimento non solo della corda vocale destra, sulla quale come abbiamo detto esiste il piccolo tumoretto, ma anche della sinistra.

Questo dato obiettivo, e inoltre lo stato di eccitazione del malato, c'inducono a pensare che l'afonia possa attribuirsi oltre che al fatto organico, ad un fenomeno isterico.

Dato tale sospetto, come riprova, dopo aver dichiarato al malato che è necessario un intervento chirurgico, seduta stante lo si fa porre forzatamente da quattro infermieri sul letto operatorio, e si iniziano manovre di strozzamento secondo il metodo Citelli.

A questa rapida manovra il P. cerca di divincolarsi e comincia a gridare con voce rauca. Non si riesce, però, a fargli riacquistare la voce normale, fatto spiegabile, data l'esistenza del piccolo fibroma.

CASO IV. — Cap.le. M... A... classe 79.

Proviene da un ospedaletto da campo con diagnosi « laringite catarrale acuta ».

L'I. ha voce quasi completamente afona, e dice che la sua affezione dura da circa un mese, ma che la voce gli è scomparsa completamente da solo una settimana.

È di robusta costituzione scheletrica, però pallido e in istato di denutrizione.

L'esame del torace e degli organi addominali riesce negativo.

All'esame laringoscopico si nota tutta la mucosa laringea fortemente iniettata, specialmente in corrispondenza della regione aritnoidea.

Le corde vocali sono un po' tumefatte, di colorito roseo.

Durante la fonazione la parte posteriore della glottide rimane aperta in forma di triangolo, mentre la parte anteriore si presenta chiusa completamente in modo spasmodico.

Si fa diagnosi di paralisi infiammatoria del mu-scolo aritnoideo trasverso.

Dopo una quindicina di giorni di cure antiflogistiche generali e locali, all'esame laringoscopico si nota la quasi completa risoluzione del processo infiammatorio acuto, ma la persistenza della paralisi dell'aritnoideo trasverso.

Questo fatto induce ad ammettere che non sia estraneo nella produzione dell'afonia il fattore psichico.

Con manovre di strozzamento secondo il metodo Citelli, il P. acquista in breve la voce.

CASO V. — Sold. M... G..., di Napoli.

Proviene da un reparto di osservazione per malattie specifiche dell'apparato respiratorio con diagnosi di sospetta laringite specifica. Non risulta che vi siano stati casi di lesioni specifiche polmonari tra i famigliari. Il P. è completamente afono e dice di essere divenuto tale mentre trovavasi in trincea circa tre mesi fa, in seguito a faringite e catarro bronchiale. L'I. mostrasi preoccupato dell'afonia, parla eccitato sforzandosi di vociare.

È di costituzione scheletrica gracile, denutrito, con mucose visibili pallide. Nessuna alterazione obiettiva a carico dell'apparato respiratorio e del cuore. L'esame dello sputo riesce negativo per il bacillo di Koch.

All'esame dell'oro-faringe si nota la mucosa del velopendolo pallida, con ugula leggermente edematosa.

Al laringe si nota lieve infiltrazione diffusa dell'epiglottide di aspetto roseo-pallido; le corde vocali sono di colorito grigiastro spulito, un po' tumide. Durante gli atti di fonazione le corde vocali si presentano rilasciate nella porzione mediana, dando alla glottide l'aspetto di una stretta elissi.

Per quanto non risulti dall'anamnesi che il P. sia stato sottoposto ad alcuna causa emozionale o traumatica, e si constatino all'esame laringoscopico lesioni catarrali, pure, dato il temperamento dell'I. e il suo stato di eccitazione, non si esclude la causa psichica nella genesi dell'afonia. Questo nostro giudizio venne maggiormente avvalorato dal fatto che in seguito ad una prolungata cura locale, non si ottenne alcun miglioramento nelle condizioni di voce.

Si esperimentò allora la cura psichica e precisamente il metodo «di minacciato strozzamento» del Citelli, ottenendone la ripresa della voce.

* * *

Le afonie riscontrate in questi casi si debbono, adunque, attribuire oltre che a lesioni organiche laringee a fenomeni isterici. Questa associazione organico-psichica noi l'abbiamo potuta svelare, oltre che coll'esame attento comparativo, tra le lesioni organiche laringee e i disturbi funzionali, specialmente con le prove terapiche. Associando, infatti, alla terapia antiflogistica laringea, uno dei metodi più raccomandabili per la cura delle forme isteriche, noi abbiamo potuto ottenere in tutti i casi la guarigione completa dell'afonia. Se in alcuni casi anche col semplice esame obiettivo generale e locale noi possiamo essere guidati ad ammettere questa associazione morbosa organico-psichica, in altri, invece, solo la lunga osservazione e le prove terapiche possono condurci all'interpretazione patogenetica dell'afonia. C'indusse nel primo caso a pensare all'esistenza di un'associazione morbosa istero-organica, la possibilità per il P. di emettere colpi di tosse, e il fatto che le lesioni catarrali non potevano per se stesse darci ragione della paralisi quasi completa di adduzione delle corde. La mancanza di effetto della cura locale ci confermò questa nostra supposizione clinica, e c'indusse a sperimentare la cura psichica, con la quale ottenemmo, come abbiamo detto, la guarigione completa.

Nel secondo caso, per quanto le lesioni organiche dessero sufficiente ragione della mancanza di tensione delle corde e del rilassamento muscolare, fummo indotti a pensare alla possibile compartecipazione del fattore psichico nella genesi dell'afonia, dal rilievo anamnestico che il P. era stato sottoposto ad improvvisa e forte emozione, e dal fatto che presentavasi eccitato e di temperamento neuropatico. Questa nostra supposizione clinica venne maggiormente avvalorata allorchè dopo un periodo relativamente lungo di cure locali, si notò un notevole miglioramento nelle condizioni anatomiche delle corde vocali, e non nelle condizioni funzionali. La cura psichica valse, infine, a dissipare ogni dubbio patogenetico.

Nel 3° caso noi abbiamo osservato all'esame laringoscopico l'esistenza di un piccolo fibroma sessile sul margine libero della corda vocale di destra. Questo tumoretto, se da un lato poteva darci ragione dei leggeri fatti infiammatori e della mancanza di tensione e di limitazione di movimento della corda vocale affetta, non ci spiegava la paralisi quasi completa non solo di questa ma anche dell'altra. Inoltre c'indirizzarono al giudizio diagnostico, l'esagerazione dei riflessi cutanei e tendinei, il temperamento neuropatico e la constatazione che il P. poteva emettere colpi di tosse sonora.

Di assai difficile interpretazione era l'afonia presentata dall'I. di cui ci siamo occupati nel 4° caso. I fatti infiammatori acuti a carico della regione aritnoidea e delle corde vocali inducevano ad ammettere senz'altro la diagnosi di «paralisi infiammatoria muscolare». Solo dopo una quindicina di giorni di cure locali e generali antiflogistiche, avendo osservato all'esame obiettivo la quasi completa risoluzione dei fatti infiammatori, e la persistenza, invece, della paralisi muscolare, fu logico sospettare che il fenomeno isterico si fosse potuto sovrapporre e associare a quello organico. Ricorremmo allora alla cura psichica, e con essa noi riuscimmo ad ottenere la scomparsa dell'afonia, confermando così il nostro sospetto.

Pure nel V caso la diagnosi eziologica si presentava difficile. In questo caso l'atonia delle corde vocali poteva essere spiegata dallo stato anemico e dai fatti catarrali cronici delle corde. Non v'era ragione di dovere pensare ad altre cause oltre quelle organiche sopraccennate, per spiegare la presenza dell'afonia, per quanto il temperamento neuropatico dell'ammalato e il suo stato emotivo potessero farci sorgere qualche sospetto. Fu solo in seguito a prolungate cure locali, dopo le quali non si verificò alcun miglioramento nella voce, che noi ricorremmo alla terapia psichica, sia per accertamento diagnostico che come mezzo curativo.

Il criterio terapico, adunque, assume in tutti i casi di afonia in cui si dubita influisca il fattore psichico, un valore diagnostico assai importante.

Di grande utilità è pure nello svelare la natura dell'afonia, il ripetere di frequente l'osservazione laringoscopica: la constatazione, infatti, dopo un

certo periodo di cure, di un notevole miglioramento nelle condizioni anatomiche delle corde senza una modificazione nella motilità di esse e un corrispettivo miglioramento funzionale, serve certamente ad orientarci nello studio patogenetico.

In tutti i nostri casi la lesione organica ha preceduto ed è stata il punto di partenza del fenomeno isterico. In tre casi, infatti, noi abbiamo osservato lesioni catarrali laringee di vecchia data, in uno la presenza di un piccolo fibroma, in un altro infine una laringite catarrale acuta, manifestatasi una ventina di giorni prima che si producesse l'afonia completa.

Solo nel 2° caso è ricordato nell'anamnesi un fatto emotivo (paura avuta stando di vedetta), che può essere invocato nella produzione del fenomeno psichico; negli altri non risulta nella anamnesi alcun fatto emotivo o traumatico di guerra. Ciò fa pensare come nella genesi delle manifestazioni isteriche abbia una parte essenziale la suggestione, sia sotto forma di etero-suggestione che di auto-suggestione.

È facile comprendere l'importanza che presenta la giusta interpretazione patogenetica di queste afonie anche dal punto di vista medico-legale, specialmente nei riguardi militari: un'afonia di natura organica richiede provvedimenti diversi di quella di natura isterica, senza dire che ad una diversa interpretazione corrisponde una terapia completamente diversa.

In tutti gl'infermi con lesioni catarrali laringee eseguii dapprima la cura locale, consistente in inalazioni, pennellazioni e in uso di antiflogistici generali; poscia, dopo avere ottenuto una fisoluzione più o meno completa dei fatti locali, sono ricorso alla cura psichica.

Per questa cura psichica ho utilizzato con grande vantaggio i metodi proposti dal Citelli: sia il metodo di «minacciato strozzamento» sia l'altro metodo che consiste nel suggestionare fortemente l'ammalato facendogli credere che per guarire sicuramente è necessario praticargli un grave atto operativo sul collo. Essi, mentre sono del tutto innocui (contrariamente ai timori infondati espressi da De Ritis), mi hanno ottimamente corrisposto, avendo potuto ottenere in ogni caso la guarigione della parte psichica dell'afonia. Di questi metodi curativi e degli altri più in uso nella cura del mutismo, sordomutismo ed afonie isteriche, parlerò più diffusamente in un'altra breve nota.

Pubblicheremo prossimamente:

P. ALESSANDRINI, *Contributo allo studio delle misurazioni radiografiche del cuore;*

P. CESETTI, *I gruppi sanguigni;*

A. PRETI, *Considerazioni pratiche d'elioterapia.*

OSPEDALE SANT'ANNA DI FERRARA.
Sezione medica diretta dal Prof. Dott. A. M. LUZZATTO.

Sulla cura della corea grave con iniezioni sottocutanee di solfato di magnesia

per il dott. RENATO CAVALIERI.

Alcuni casi gravi di corea di Sydenham danno non lieve preoccupazione per la vita dell'ammalato, poichè l'enorme inquietudine motoria toglie agli infermi completamente il sonno e spesso anche la possibilità di nutrirsi convenientemente. In tali casi noi prescriviamo dei sedativi, il cui uso però non è scevro d'inconvenienti e pericoli; infatti tanto il bromuro, quanto il cloralio, la morfina od i suoi succedanei possono avere azione nociva sul cuore, che in questi ammalati è assai spesso leso o comunque in equilibrio instabile; d'altra parte si ricorre sempre mal volentieri nei bambini e nei giovanetti ai narcotici e specialmente alla morfina, la quale oltre a tutto dà spesso fenomeni d'assuefazione.

Dopo le esperienze sugli animali di Metzner e Auer, il Marinesco ricorse, in quattro casi di corea grave, alle iniezioni di soluzione di solfato di magnesia per via endorachidiana, che era quella che aveva dato i migliori risultati nella cura del tetano.

Ma ad onta dei buoni risultati ottenuti, il sistema fu abbandonato per i gravi pericoli, ai quali sono esposti i malati trattati con questo metodo di cura, principalmente la paralisi del centro respiratorio, che iniettando soluzioni di questo sale per via endorachidiana suole avvenire troppo spesso; ed i metodi proposti per prevenirla (tracheotomia preventiva - Kocher), di una applicabilità pratica discutibile, o per combatterla (sali di calcio, fisostigmina per via sottocutanea — lavatura del canale rachidiano con soluzione fisiologica), non offrono sufficienti garanzie. Anche nel tetano, e per lo stesso motivo, le iniezioni di soluzioni di solfato di magnesia per via endorachidiana furono quasi abbandonate, perchè troppo pericolose, e quelle praticate per via sottocutanea o endomuscolare a piccole dosi riuscivano talora poco efficaci nei casi gravi di questa malattia.

Ho tentato in un caso di corea grave le iniezioni di soluzioni di solfato di magnesia per via sottocutanea ed endomuscolare a scopo sedativo — in piccole dosi — ed ho ottenuto ottimi risultati. Ho usato una soluzione al 25 % (solfato di magnesia purissimo gr. 4 - acqua distillata gr. 16) : 2 cm. cubi della soluzione per volta, 2 o 3 volte nelle 24 ore. La soluzione non essendo

molto concentrata, non ebbi ad osservare nei fatti di necrosi locale, nè produzione di dolore, come da alcuni autori si asserisce suole avvenire per dosi molto più forti e soluzioni più concentrate, e ciò specialmente quando le iniezioni erano fatte intramuscolari.

« S... E..., d'anni 13, entra nell'ospedale Santa Anna di Ferrara il giorno 8 gennaio 1918, affetto da corea; i primi sintomi della malattia (dolori a tipo reumatico) risalgono a 10 giorni prima. Da 6 giorni movimenti coreici e agitazione continua. Nulla di notevole nell'anamnesi remota. E. O.: Soggetto ben costituito, piuttosto pallido; nulla di notevole all'esame degli organi toracici ed addominali, lingua impaniata; alvo leggermente diarroico; agitazione continua a tipo coreico molto grave, anche notturna. Temperatura 37,8-38,1.

Gli fu iniziata una cura di liquore arsenicale del Fowler e gli furono praticati dei clisteri di 2 gr. di bromuro di sodio al giorno. L'ammalato al terzo giorno di degenza non era per nulla migliorato; presentava movimenti coreici e movimenti a tipo atetosico delle mani, che non gli davano requie neppure alla notte ed erano così gravi, che era necessario d'impedire mediante assi, cuscini e continua sorveglianza, che il malato non sbalzasse dal letto. Il giorno 10 gli furono praticate due iniezioni sottocutanee di 2 cm. cubi di una soluzione di solfato di magnesia al 25 % — una al mattino e una alla sera. La notte l'ammalato riposò per la prima volta; subito dopo praticata l'iniezione cadde in un sonno tranquillo e profondo. Al mattino seguente i movimenti coreici sono sensibilmente diminuiti. Le iniezioni ipodermiche furono ripetute per 12 giorni alla stessa dose. Il giorno 11 gennaio si notò gonfiore all'articolazione del polso destro e il giorno 15 era nettamente percepibile sui focolai d'ascoltazione del cuore, un soffio sistolico col massimo d'intensità alla punta, ove s'ascoltava anche un rumore di pigolio. — La temperatura, che durante la malattia ha oscillato tra i 37,3 e 38,6, decrebbe per lisi; dal giorno 14 la temperatura non superò i 37,5 e il giorno 31 il P. era completamente apiretico. L'esame delle urine praticato varie volte fu sempre negativo per l'albumina; si notarono abbondanti fosfati. Nulla di notevole nella formula leucocitaria, il 12 gennaio.

Dal secondo giorno, nel quale gli furono praticate le iniezioni, l'ammalato ha sempre dormito tranquilamente tutta la notte.

Di giorno i movimenti coreici sono andati rapidamente diminuendo di intensità e di frequenza, così che al 1° febbraio non persisteva che di tanto in tanto qualche movimento coreico alla mano sinistra. Il 7 febbraio l'ammalato sta seduto sul letto e mangia da sè; il 12 febbraio cammina con deambulazione appena un po' incerta; il 21 febbraio esce guarito pur persistendo segni indubbi di insufficienza mitralica ».

Mi pare dunque che colle iniezioni sottocutanee di soluzioni di solfato di magnesia si ottenga un'azione sedativa ottima senza esporre gl'infermi ad alcun pericolo sia per la via di introduzione prescelta, sia per la dose usata, che fu di un grammo al giorno (alcuni autori dicono di avere iniettato dosi assai superiori senza inconvenienti).

L'uso di questo sale, che si può ritenere superfluo nelle forme molto leggere, è da consigliarsi sopratutto nelle coree gravi, nelle quali l'enorme inquietudine motoria, togliendo agl'infermi completamente il sonno — e spesso anche la possibilità di nutrirsi convenientemente — costituisce perciò soltanto un serio pericolo.

Credo però che in tali forme il solfato di magnesia — agendo come sedatore dell'inquietudine motoria e determinando un sonno ristoratore — debba riuscire molto utile; ciò tanto più, che, come vedemmo, esso agisce a piccole dosi, sostituisce completamente altri sedativi, il cui uso non è scevro di inconvenienti, e, a quanto mi consta, non dà per iniezioni intramuscolari e sottocutanee fenomeni d'assuefazione, non trattandosi d'un narcotico propriamente detto.

Sebbene abbia osservato un solo caso, i risultati sono stati così tipici, da consigliare ulteriori esperienze in altri casi di corea grave.

Ringrazio il Prof. A. M. Luzzatto per il consiglio datomi e per l'ospitalità cortese concessami nella sezione medica da Lui diretta.

COMMENTI.

Ancora della profilassi chininica nell'influenza.

Le osservazioni che sulla profilassi chininica si susseguono nel *Policlinico* sono di una evidenza innegabile.

Non mi pare tuttavia fuori del caso di portare a contributo la nota seguente:

Sul finire dell'autunno testè decorso, stavano ricoverati in quattro reparti dell'Ospedale militare di riserva in Alba (Cuneo), circa 400 soldati malarici, sottoposti tutti a rigorosa cura di chinino.

L'Influenza infieriva nella città; quasi tutto il personale di Sanità addetto all'ospedale, piantoni, assistenti, infermiere della Scuola Samaritana, furono colpiti dal morbo, con due esiti letali, mentre non si ebbero casi di influenza nei malarici chinizzati.

Non potendo certamente supporsi un'incompatibilità tra malaria ed influenza, dato che questa malattia infierì pure in zone malariche, resta, a me pare, sempre più comprovata l'efficacia preventiva del chinino.

Alba.

Dott. VICO GIOVANNI
Cap. med. assim.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Alcune considerazioni sull'influenza.

(Prof. FERRUCCIO SCHUPFER, *Rivista Critica di Clinica medica*, anno 1919, num. 1 e 2).

L'autore fa rilevare come oggidi non si creda quasi più da alcuno che il bacillo del Pfeiffer sia l'agente etiologico dell'influenza, che sarebbe invece dovuta ad un virus filtrabile. Egli poi ritiene che la vera influenza si abbia solo nei primi giorni di malattia, cioè di solito per un periodo di 3-5 giorni; e dipoi, cessata l'influenza, subentri, spesso con l'intervallo di 12-24 ore di apiressia, come nel l'attuale epidemia, un altro quadro morboso, che si è soliti considerare come quello dell'influenza nella fase delle sue complicazioni, ma che l'autore crede si possa invece riguardare come un quadro morboso indipendente ormai in modo assoluto dal germe influenzale, e determinato da alcuni batteri (più facilmente rintracciabili nei secreti, negli escreti e nel sangue) la cui forza patogena è stata esaltata durante i primi giorni di malattia dal germe tuttora ignoto dell'influenza. Tali batteri (micrococco, diplococco, streptobacillo, bacillo del Pfeiffer, ecc.) probabilmente si trovano in una condizione di maggiore esaltabilità per speciali condizioni sia di ambiente, di clima, di stagioni, ecc., sia per successivi passaggi da uomo ad uomo, avendo cioè agito su di essi alcune di quelle condizioni per le quali anche all'infuori dell'influenza, si vede talora esaltarsi la virulenza di un germe, che fino allora era stato ospite innocuo del nostro organismo ed esplodere le malattie epidemiche. Questi microrganismi, esaltati perciò più facilmente nella loro virulenza dal germe della influenza, esercitano la loro azione più o meno intensamente morbigena quando la forma influenzale è secondo l'autore ormai finita.

Tale ipotesi concorda con diversi fatti che si verificano nella influenza. Così si spiega come nell'epidemia influenzale del maggio e giugno 1918 la malattia fosse di carattere benigno con rare e poco gravi complicazioni e la febbre durasse in genere soli 3-5 giorni, appunto perchè allora la malattia era data nella maggioranza dei casi dal solo germe influenzale, mentre l'attuale epidemia abbia un carattere di estrema gravità, con frequenti e pericolose complicazioni, appunto perchè in questa si ha associata l'azione di altri batteri la cui virulenza (essendo già di per sè esaltata per le cause surricordate) può essere portata ad un grado massimo dal virus influenzale che agisce in primo tempo. Non solo, ma ammettendo, come fa l'A., che l'influenza sia capace di esaltare il potere patogeno non di un solo germe, ma di molti, e specialmente di quelli piogeni, si comprende bene come nelle complicazioni si possano rintracciare germi diversi, come possano variare la gravità e la localizzazione dei processi morbosi che si osservano nelle diverse complicazioni col variare dei batteri che ne sono la causa, e come le complicazioni possano assumere aspetto e caratteri diversi e colpire con varia frequenza organi diversi a seconda delle varie epidemie influenzali, a seconda delle varie località nelle quali l'influenza si manifesta, e perfino, seppure meno verosimilmente, a seconda dei vari individui colpiti.

E l'ipotesi del prof. Schupfer ci spiega pure perchè nei primi 3-5 giorni di malattia le complicanze sono estremamente rare, mentre nel secondo periodo morboso, dopo la più o meno breve apiressia esse sono quasi la regola. Ed ancora ben si comprende come il primo periodo presenti tutti i caratteri che sono attribuiti di solito all'influenza, mentre nel secondo periodo, più o meno nettamente separato dal primo, non esista più alcun segno influenzale. E pure bene ci spieghiamo perchè il contagio influenzale avvenga (come ha potuto constatare l'A. negli ospedali civili e militari) facilmente nei primi momenti della malattia, mentre sia molto più difficile nei periodi avanzati della malattia, quando sono intervenute le complicazioni (ed in tal periodo se il contagio avvenisse non si avrebbe trasmissione del virus influenzale, ma sibbene di qualcuno dei germi che son cause delle complicanze). In modo analogo si comprende facilmente come nei primi giorni di malattia abbia esito positivo l'inoculazione all'uomo ed agli animali (scimmie) del sangue degli individui affetti da influenza; mentre l'esito sia quasi sempre negativo nei periodi avanzati dell'infezione.

D'altra parte anche i casi gravi e mortali in cui tutto il ciclo morboso della malattia, fino alla morte, si compie nello spazio di pochi giorni, e talora di poche ore, come anche quei casi in cui le complicazioni si presentano molto precocemente, non stonano affatto con la geniale ipotesi dell'A. Infatti tali comportamenti eccezionali si spiegano pensando che talora l'acme della virulenza dei batteri sia raggiunta in seguito all'azione del germe influenzale in un tempo brevissimo e sia enormemente ridotto il periodo di incubazione che precede lo scoppio della superinfezione, per modo che si abbiano perfino contemporaneamente influenza e complicazioni morbose da essa favorite, cosa questa non nuova nella patologia dove si osserva che in quasi tutte le malattie infettive può eccezionalmente essere estremamente breve il periodo di incubazione e che possono aversi malattie prodotte

da associazioni batteriche. Nè si deve secondo l'A. dimenticare infine che gli stessi germi, che si ritrovano nelle così dette complicazioni influenzali, possono talvolta trasmettersi da uomo ad uomo, dando sviluppo alle forme morbose da essi sostenute senza che prima debba aver agito il virus dell'influenza.

La suggestiva ipotesi dell'A. per cui il bacillo del Pfeiffer e gli altri germi, isolati specialmente nei prodotti morbosi delle così dette complicazioni influenzali, sarebbero batteri che producono appunto le così dette complicazioni dell'influenza, mentre non sono affatto l'agente etiologico di essa, che sarebbe prodotta da un virus filtrabile, che agisce solo in primo tempo, producendo la forma influenzale ed insieme esaltando l'azione patogena dei germi surricordati, trova una conferma in quanto avviene in altre malattie come p. e. nella peste dei suini, nel morbillo e nella scarlattina.

Ed anche recentemente i proff. Micheli e Satta, in un articolo sul « Problema eziologico dell'odierna pandemia dell'influenza », comparso alcune settimane dopo la pubblicazione dell'A., confermano le vedute esposte dallo Schupfer, il quale oltre al problema eziologico ci rammenta anche i caratteri clinici delle più comuni ed importanti complicazioni, ricordando fra l'altro le non lievi difficoltà che non di rado si incontrano nella diagnosi di pleurite od empiema nei casi nei quali in antecedenza o contemporaneamente si hanno complicanze broncopolmonari, specialmente per il fatto che l'essudato di frequente si disporrebbe su di uno strato non eccessivamente spesso al di sopra del polmone, che sarebbe di poco respinto indietro, cosa che renderebbe i fenomeni locali, palpatori, plessici ed ascoltatori, poco caratteristici, mentre non si avrebbe che uno scarso spostamento di organi.

L'A. oltre le complicanze toraciche (broncopolmoniti, pleuriti ed empiemi) ricorda le complicanze renali, cerebrali (specialmente l'encefalite emorragica), notando come sieno rare in questa epidemia influenzale le complicazioni a carico del cuore e quelle a carico dello stomaco e dell'intestino (a proposito di quest'ultimo rammenta la possibilità di enterorragie gravi, se pur non mortali nei casi da lui osservati). Anche l'itterizia non fu dall'A. osservata di frequente, quasi sempre fu espressione di fatti emolitici e, come tale, indizio di gravità.

Riguardo alla cura l'A. avverte come essa sia tuttora sintomatica, non avendo per ora dati risultati confortanti nè le cure sieroterapiche, nè le altre cure medicamentose, neppure quelle a base di fenolo, sia per bocca, sia per clistere, sia per iniezioni sottocutanee o endovenose, alcune delle quali cure furono decantate con gran lusso di particolari, perfino nei giornali politici, dai loro sostenitori!

GARIN.

Sulla meningite epidemica.

(H. LÜDKE. *Deutsche mediz. Wochenschrift*, 12 dic. 1918).

In tempo di epidemie, il quadro sintomatico di parecchie malattie infettive acquista dei tratti più decisi, ed alcuni segni, che nei casi sporadici venivano solo adombrati, si presentano più frequentemente e con maggiore chiarezza. Così per la meningite epidemica, si sono notevolmente arricchite le nostre cognizioni sul quadro clinico, sul modo di trattamento e sulla parte batteriologica.

Fra i segni dell'intossicamento generale, si deve anzitutto mettere in rilievo l'esantema. In certi periodi di tempo le alterazioni cutanee sono meno spiccate, sicchè finiscono con l'interessare meno: talvolta si può anche osservare una certa variabilità nelle forme con cui si presentano.

La conoscenza di queste forme, non era sfuggita agli autori anche antichi. Fra di esse l'erpete merita un posto a parte per il suo valore diagnostico; in 36 casi, l'A. fu tratto in errore soltanto sette volte. In quattro meningitici, l'erpete aveva preso un'estensione straordinaria: oltre al viso attorno alla bocca, sulle guancie alla fronte, si era diffuso alle spalle, al petto, al braccio, ed in due casi anche alle coscie, con una imponente eruzione vescicolare. Nella maggior parte dei casi questo esantema si presentò alla metà o verso la fine della prima settimana, quando già la diagnosi era stata assicurata, con il reperto del microorganismo nel liquido cerebro-spinale.

L'eruzione cutanea può presentarsi anche sotto forma di petecchie, le quali, associate con quadro clinico grave, comatoso, avevano fatto anche far diagnosi di tifo esantematico o di sepsi con diatesi emorragica, e solo la puntura lombare fece riconoscere trattarsi di meningite.

In 14 meningitici, tali petecchie si presentarono nei primi giorni di malattia (entro 24-48 ore in casi di meningite siderante), in forma di numerose macchie grosse quanto una capocchia di spillo, od una lenticchia, non ben delimitata, non elevate, iperemiche, le quali divennero petecchiali entro poche ore o pochi giorni. Si trovarono su tutta la superficie del corpo, particolarmente all'addome ed alle estremità; talvolta l'emorragia sottocutanea era assai estesa, per un diametro di 5 cm. Altre emorragie si osservano all'autopsia anche negli organi interni (sottoendocardiche, sottopleurali, nella mucosa esofagea, gastrica, ecc.). L'esame istologico delle petecchie non dimostra però le alterazioni vasali, caratteristiche del tifo petecchiale. L'esantema meningetico non è altro che una metastasi dei meningococchi nella pelle e nelle sierose, ed è da considerarsi come il quadro esterno di un

processo settico. Il microorganismo specifico però non sempre vi si può trovare, poichè viene rapidamente fagocitato.

***

Al pari della maggior parte delle malattie infettive, la meningite cerebro spinale può portare ad una setticemia, come dimostrano i reperti dei meningococchi nella milza, focolai pneumonici, sangue; talvolta anzi l'emocoltura può essere positiva mentre è negativa la coltura del liquido estratto con la puntura lombare. Nella meningite però la setticemia può essere determinata non soltanto dal meningococco, ma anche da altri microorganismi, quali lo stafilococco, gli streptococchi. L'infezione mista, che nei quattro casi dell'A. ha sempre avuto esito letale, si esplica anche con fatti clinici, quali brividi, formazione di ascessi, emorragie cutanee e delle mucose, gonfiore delle articolazioni e decorso grave e prolungato.

Le *ricerche batteriologiche* hanno chiarito due questioni, che cioè il quadro clinico della meningite può essere provocato da differenti microorganismi, e che d'altra parte, vi può essere un'affezione da meningococco senza meningite, cioè senza malattia specifica del sistema nervoso centrale.

Tra i diplococchi, che possono provocare fenomeni di meningite, si possono citare il pneumococco, il *Diplococcus flavus*, il *D. mucosus*. La meningite da pneumococco può anch'essa ricorrere in forma epidemica, nè si può negare tale peculiarità anche agli altri tipi di diplococchi, che spesso sono causa di casi raggruppati di meningite. Il *Diplococcus mucosus* corrisponde al parameningococco di altri autori, e forse non è che una varietà di meningococco.

***

I casi di meningite osservati dall'A. mostravano caratteristiche speciali nel quadro clinico. La temperatura aveva un decorso affatto irregolare, nè sarebbe stato possibile da esso trarre un qualsiasi giudizio prognostico: sembra quasi che le infezioni, le quali si svolgono presso ai centri regolatori della temperatura, non diano curve termiche regolari.

Molto alti sono sempre stati i valori leucocitarii (25-40.000); l'aumento degli eosinofili indicava spesso un miglioramento nella malattia. L'A. ha ottenuto buoni risultati con la prova di agglutinazione mescolando cmc. 0,5 di siero antimeningococcico con 2 cmc. di liquido cerebro-spinale centrifugato, limpido, e tenendo a 50° per due ore; nei casi positivi si ha un intorbidamento regolare.

Importante per la diagnosi è l'infiammazione precoce della cavità naso-faringea; le tonsille sono ingrossate, arrossate; sulla parte posteriore delle fauci si osservano essudati biancastri a forma di striscie o di macchie.

Il decorso della malattia è stato inoltre nei casi dell'A. caratterizzato da una speciale affinità del veleno meningococcico per la cute e per i reni (nefriti emorragiche, per lo più benigne).

Di importanza pratica sono poi i casi atipici, perchè permettono lo scambio con altre malattie infettive. I casi abortivi spesso vengono misconosciuti: si nota talora una temperatura subfebbrile, qualche vomito, un po' di diarrea e si fa diagnosi di intossicazione alimentare o di catarro gastro-intestinale: dopo 7-10 giorni, si manifestano chiaramente sintomi meningitici, e la puntura lombare può accertare la diagnosi.

L'inizio della malattia può anche esplicarsi con gravi alterazioni mentali, specialmente di tipo allucinatorio: in un caso dell'A. questi fenomeni durarono fino al quarto giorno, in cui si manifestò improvvisamente una cospicua eruzione di herpes, che fece decidere per la puntura lombare.

Speciale è l'azione del veleno meningococcico sul vago, provocando una tachicardia notevole (120-141) nei primi giorni: la tachicardia, che dura a lungo indica un peggioramento della prognosi. Essa però può rimanere, dopo caduta la febbre, e con un miglioramento generale: in tali casi, il liquido cerebro-spinale è ancora torbido, e si può parlare di vera guarigione della meningite solo quando ritorna il numero normale di pulsazioni.

L'A. ha potuto osservare cinque volte il quadro tipico di meningite fulminante. La diagnosi esatta specialmente nei casi sporadici, è però molto difficile, in causa del brusco decorso della malattia: si pensa ad intossicazioni, a gravi malattie settiche, a diatesi emorragiche. Il quadro clinico della meningite fulminante, che porta alla morte in poche ore od al massimo in due o tre giorni, ha le seguenti caratteristiche: con vomito o conati di vomito, dolori alla testa, spalle, arti, si ha un improvviso elevamento di temperatura (39°-41°). Talvolta si hanno altresì diarree passeggiere, o dolori di gola, con angina catarrale. Già in poche ore si può sviluppare un esantema petecchiale con macchie e tipo di roseola. Difficilmente si arriva alla rigidità nucale, che già con crescente debolezza cardiaca, frequenza di polso e di respiro, e completa perdita di conoscenza interviene la morte.

Solo una precoce puntura lombare può in tali casi accertare la diagnosi; i meningococchi però possono essere scarsi nel liquido, talvolta soltanto nuberolare.

***

Per quanto riguarda l'efficacia della sie roterapia, non è possibile considerare il problema dallo stretto punto di vista della guarigione in senso

assoluto, conviene invece tener conto degli effetti, ottenuti nei singoli casi, sul miglioramento dello stato generale, sull'abbassamento della temperatura, sulla chiarificazione del liquido cerebro-spinale, ciò che significa l'uccisione dei meningococchi per mezzo di sostanze battericide e batteriotrope.

L'A. però non si sente in grado di poter giudicare il valore terapeutico del siero, sia per quanto riguarda la mortalità, come pure per l'abbreviamento della malattia o la diminuzione delle sequele. Ad ogni modo sia l'esperimento sugli animali, che le prove cliniche, fatte con iniezioni endospinali di grandi quantità di siero, non sono state favorevoli all'A. È un fatto però che è difficile farsi un concetto esatto dell'efficacia di un rimedio nella meningite cerebro-spinale, in cui la prognosi è quanto mai fallace e si vedono forme acute e gravi guarire rapidamente ed invece casi leggeri o di media gravezza che finiscono con la morte, sia per la formazione di un idrocefalo interno, sia per l'insorgere di nuovi processi infiammatori.

Molto più che le migliori qualità di siero, giovano le sottrazioni del liquido cerebro-spinale, mediante punture giornaliere, con cui si levano 50-80 cmc. per volta; per lo più i buoni effetti si scorgono già dopo due o tre punture. È probabile che lo scaricamento così prodotto del canale spinale, e l'afflusso di nuovi anticorpi che si deve verificare per il riformarsi del liquido, contribuiscano essenzialmente alla guarigione della meningite.

A. FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Il cancro della lingua.

Conferenza di D'ARCY POWER al Royal College of England. *British Journal of Surgery*, January 1919.

Il cancro della lingua, frequente nell'uomo, raro nella donna, non è mai stato osservato nei ragazzi. Esso rappresenta una malattia quasi esclusivamente umana e non sembra legato a una predisposizione ereditaria per il cancro.

Esso era sconosciuto ai Latini, ai Greci e agli Anglo-Sassoni; gli Arabi ne fanno appena menzione. La prima esatta storia di cancro della lingua è quella di R. Freeman che morì nel 1634 mentre copriva l'ufficio di Lord Mayor di Londra. Il secondo caso ricordato fu visto in Germania e fu considerato come una punizione miracolosa per i bestemmiatori del clero. La leggenda narra che a un barone il quale esercitava ostinatamente la maldicenza contro il clero, un frate dicesse: « La vostra impura lingua ha fin troppo meritato da Dio quella punizione che presto riceverà ». Pochi giorni dopo comparve il cancro della lingua al quale il barone, dopo essersi pentito, soccombette. Dalla metà del secolo XVII in poi il cancro della lingua divenne così frequente che non fu più necessario invocare miracoli per spiegarne l'origine.

Attualmente sono noti anche dei casi occorsi in animali e precisamente in un cavallo, in 3 gatti e in un cane. Tutti questi animali erano adulti e i cancri da essi presentati erano a cellule piatte.

Anticamente il cancro dell'uomo non doveva essere più frequente di quanto lo sia ora negli animali domestici, ma ora nell'uomo la sua frequenza è molto notevole e pare che vada aumentando se si considera che, da uno studio statistico di Stevenson, negli ultimi 41 anni la mortalità per cancro della lingua sarebbe aumentata del 228 %.

Poichè le irritazioni croniche sono state considerate tra le cause del cancro, si è ricercato se in questi ultimi secoli la piorrea e la carie dentaria fossero divenute più frequenti. Riguardo alla piorrea sembra che sia aumentata la virulenza, ma non la frequenza e anche rispetto alla carie sembra, dalle osservazioni fatte sui crani dei Romani trovati in Inghilterra, che la carie dentaria non fosse meno frequente di quanto si è trovato nei crani dei londinesi morti negli ultimi due secoli.

Nel St. Bartholomew's Hospital negli anni 1909-1916 furono accolti 169 pazienti di cancro della lingua, tra i quali solo 9 donne. Tre di esse avevano avuto sifilide e in altre due la sifilide era esistita negli ascendenti; nessuna fumava; tutte avevano denti malati.

Tra i 160 uomini, 93 erano sifilitci e, in genere, l'infezione rimontava a un'epoca molto remota. Queste osservazioni, che concordano con quelle fatte da Arnold Renshaw e da Archibald Leitch, indicano una stretta relazione tra la sifilide e il cancro della lingua. La sifilide può essere attiva o latente o estinta; ma si deve trarre la conclusione che la sifilide forma il letto dal quale nasce il cancro. Si è osservata anche una coincidenza tra gli aumenti della mortalità per cancro della lingua e le epoche durante le quali l'uso del mercurio cedette il posto al trattamento con altri medicinali (ad es., il guaiaco, la salsapariglia, ecc.).

La sifilide però non può esser considerata che come una causa predisponente al cancro della lingua, poichè questo è stato osservato anche negli animali indenni da sifilide. Occorre ricercare una causa stimolante e questa deve essere divenuta prevalente negli ultimi 50 anni se vogliamo attribuirle l'aumento constatato durante

questo periodo, nella frequenza del cancro della lingua; inoltre essa deve agire sugli uomini più che sulle donne.

L'aumentato consumo del tabacco sembra rispondere a queste condizioni. Il cancro della lingua era raro fino a che nel sedicesimo secolo non cominciò l'uso del fumare. La consuetudine si diffuse lentamente nei secoli successivi finchè i sigari poterono esser fumati apertamente in strada solo dalle classi elevata e media, mentre il fumare la pipa in pubblico era proibito. Le sigarette furono introdotte verso il 1880 e da allora il fumare tabacco è divenuto di uso sempre più comune fino a che ora è divenuto quasi generale per i due sessi dalla adolescenza in poi.

Il fumo agisce sia irritando la lingua con la nicotina sia aumentando il calore della bocca, come si può misurare col termometro.

In conclusione l'A. pensa che sarebbe possibile ridurre la frequenza del cancro della lingua a quella moderata proporzione che aveva prima del XVII secolo e che ha conservato negli animali domestici. Ciò si potrebbe ottenere col trattamento della sifilide nei suoi stadii iniziali e raccomandando ai sifilitici di non fumare, non bere eccessivamente e di farsi regolarmente visitare dal dentista. Queste raccomandazioni dovrebbero esser fatte fin da quando il paziente comincia il trattamento e non solo quando la lingua comincia ad ammalare.

Altrimenti, essendo attualmente la sifilide più diffusa che negli anni precedenti e essendosi generalizzata la consuetudine del fumare, si deve prevedere che il cancro della lingua diventerà ancora più frequente. G. EGIDI.

PEDIATRIA.

La dispepsia da latte di vacca nella prima infanzia.

Marfan (*Paris médical*, n. 1, 1910) nota come la dispepsia da latte di vacca che si osserva generalmente nel corso dei primi due anni di vita in bambini nutriti con tale solo alimento non è rara ed è importante a conoscersi poichè spesso è la prima tappa di una serie di stati morbosi che si hanno quando al latte materno si sostituisce quello di vacca e che non curati possono condurre fatalmente all'atrepsia.

Il sintoma principale di questa forma morbosa è una *modificazione speciale delle feci* che sono pastose, consistenti, omogenee, di una tinta giallo pallida quasi grigiastre, spesso bianche e che hanno l'aspetto e la consistenza del *mastice dei vetrai*: sono fortemente alcaline, più abbondanti che nello stato normale, hanno odore fetido spesso ammoniacale e putrido e sono cosparse alla superficie di piccole particelle di muco. Non esiste una vera diarrea, anzi spesso si ha un certo grado di costipazione con una sola scarica quotidiana che si effettua con sforzi penosi.

L'analisi chimica e l'esame microscopico di tali feci permettono di fare quattro constatazioni principali:

1) Sono feci che hanno grande eccesso di saponi alcalino-terrosi sopratutto di saponi calcarei che si presentano al microscopio come delle masse cristallizzate o amorfe: il grasso neutro fa sempre intieramente difetto.

2) Sono ricche di prodotti di putrefazione particolarmente di ammoniaca ed indolo: la digestione della caseina è incompleta ed il residuo putrefacendosi dà l'odore fetido e la reazione alcalina alle feci.

3) Sono feci con molto eccesso di sostanze minerali (fosfati, ossalati, magnesia, potassa e soda) poichè in questa dispepsia oltre ad una cattiva utilizzazione delle sostanze minerali del latte da parte dell'organismo si ha un disturbo tale degli scambi organici che porta spesso ad un certo grado di demineralizzazione.

4) Contengono poca urobilina (stercobilina) e molto urobilinogeno.

La consistenza pastosa di queste feci è data dunque dalla abbondanza dei saponi alcalino-terrosi e delle sostanze minerali, il loro colore pallido dalla riduzione eccessiva dei pigmenti biliari, la loro fetidità e alcalinità è data invece dalla putrefazione della caseina indigerita.

Quando le feci cominciano ad assumere questi caratteri non si hanno ancora disturbi generali: l'appetito è buono, sovente esagerato, il peso continua ad aumentare, anzi spesso aumenta troppo, ma se non si modifica il regime presto la scena cambia, l'appetito diventa irregolare, si inizia il vomito, la curva del peso presenta delle oscillazioni considerevoli e, diviene poscia stazionaria per poi leggermente discendere. Il bambino assume aspetto triste, desidera l'immobilità, assume colorito pallido un po' giallastro ed il corpo, specie la faccia prende un aspetto *bouffi*. L'esame del sangue fa rilevare lieve anemia ed una leucocitosi discreta con predominio dei mononucleari: questa lieve anemia non spiega la tinta pallida dei tessuti che è dovuta certo in parte ad una di quelle decolorazioni pseudo-anemiche o *ocrodermie* che sono attribuite ad una vasocostrizione e che non sono rare nei bambini sofferenti di disturbi digestivi.

Alcuni autori parlano di intossicazione acida in questo stato morboso, ma non si ha diminuzione costante dell'alcalinità del sangue onde l'ipotesi non è fondata.

La dispepsia da latte di vacca, in genere, evolve senza febbre ma spesso si hanno delle temperature oscillanti sotto ai 38°: quando tale dispepsia non è curata in capo a tre o quattro settimane porta alla diarrea comune che spesso non è preceduta da uno stadio dispeptico ma che ritrae quasi sempre la sua origine dalla dispepsia da latte di vacca: fra i prodotti della putrefazione sono molti gli irritanti della mucosa intestinale, specie l'ammoniaca, spesso si associano acidi grassi liberi che esercitano azione analoga e se l'irritazione causata da queste sostanze si prolunga finisce per determinarsi una esagerazione del peristaltismo e una supersecrezione dell'intestino onde la diarrea. Questa può cessare e poi alternarsi con la dispepsia, e quindi aversi un ciclo morboso che porta a l'ipotrepsia e se il bambino è di meno di quattro mesi all'atrepsia ed alla morte: in tale stato di alternativa facili sono le bronco-pulmoniti e le piodermiti ed anche le setticemie.

La *prognosi* della dispepsia da latte di vacca dipende da condizioni diverse: è buona quando si può rimettere il bambino all'allattamento al seno, in caso contrario dipende dall'età: è fausta dopo i sei mesi perchè è più facile nutrire il bambino senza ricorrere al latte di vacca esclusivamente e la resitenza agli effetti della denutrizione è più grande; prima dei sei mesi la prognosi è incerta: se il bambino non può essere rimesso al seno, se ha delle tare ereditarie sopratutto sifilitiche, se la sua alimentazione non può subire le modificazioni necessarie, se la sua igiene è cattiva, e l'aria ed il moto difettano, la prognosi è fatale.

La *causa* di questa malattia è l'alimentazione esclusiva o quasi con il latte di vacca e Marfan nota come tale quadro morboso non si riscontra nei bambini allevati al seno o con farine; per non averlo bisogna sopprimere il latte di vacca onde il nome di « dispepsia da latte di vacca » è preciso e corrisponde alla fenomenologia sopradescritta. La *qualità* del latte non ha alcuna influenza poichè il disturbo può aversi con latte eccellente e può apparire in bambini nei quali l'allattamento artificiale è bene regolato sia come numero che come orario dei pasti: tuttavia sono cause predisponenti i pasti troppo copiosi o troppo ravvicinati ed il fatto di dare al bambino nei primi mesi di vita del latte puro senza l'addizione dell'acqua.

Oltre che nei primi mesi, tale dispepsia come fu detto si può avere finanche nei primi anni di vita: il prolungarsi della dieta lattea esclusiva in questo caso, pare che affatichi l'apparato digestivo del bambino, per l'alimentazione uniforme, ma la gravità del male in questo periodo è minore.

La *patogenesi* di questa affezione che Marfan dice dovuta sopratutto alla sostituzione del latte di donna con quello di vacca e ad una inattitudine del bambino a digerire il latte proveniente da una specie differente (inattitudine spesso congenita, talora acquista ed in tal caso transitoria o duratura) non è molto chiara.

Secondo Marfan, quando per una ragione qualunque l'elaborazione della caseina del latte di vacca diviene particolarmente imperfetta sia perchè dato puro e non diluito o perchè mal trasformato si ha un residuo indigerito che dà luogo ad un eccesso di putrefazione e per cause identiche non ben precisabili si ha una formazione eccessiva di saponi alcalini che diminuisce sensibilmente l'assorbimento dei grassi e quindi la dispepsia: i disturbi della nutrizione consecutivi sarebbero dovuti in parte alla utilizzazione difettosa dell'alimentazione ed in parte ad un certo grado di intossicazione che si determina per i prodotti tossici della putrefazione.

Tutta una serie di fatti e di osservazioni ci porta anche ad ammettere che tali disturbi sono anche dovuti al fatto che le proprietà biologiche del latte di vacca sono differenti da quelle del latte di donna: il latte è un alimento specifico come lo dimostra la reazione di precipitazione di Bordet e la presenza di enzimi che hanno proprietà differenti secondo la specie: gli enzimi del latte di donna non sono rimpiazzabili con quelli del latte di vacca che non hanno funzione eutrofica e la differenza fra il bambino nutrito con il latte di vacca e quello nutrito con il latte di donna è uguale alla differenza fra le proprietà biologiche dei due latti.

La *terapia* della dispepsia da latte di vacca è varia secondo l'età del bambino. Nei primi mesi, se l'affezione è la conseguenza di allattamento artificiale mal regolato (latte non diluito, pasti copiosi e non ad orario), si regoleranno le poppate diluendo il latte con acqua zuccherata; se invece si tratta di bambini nutriti con latte di buona qualità e regolati diligentemente, conviene rimetterli al seno per vederli guarire, dando loro prima delle poppate di pochi minuti per dare riposo alle glandole digestive ed all'epitelio intestinale e poi dando loro la razione normale; in tale modo il peso aumenta ed il bambino ripiglia nel peso la curva ascendente.

In difetto di latte di donna, si utilizzerà il latte di asina o un alimento di transizione prima di tornare al latte di vacca e cioè o il *babeurre* o il latte umanizzato, o il condensato scremato e zuccherato o la polvere di latte con zucchero: in mancanza si ricorrerà al latte sterilizzato omogenizzato aggiunto a dei fermenti digestivi (pepsina, papaina, pancreatina).

Se il bambino ha meno di 5 o 6 mesi si darà il 1° giorno dell'acqua zuccherata, se ha di più una decozione di cereali o di farine e poi delle razioni inferiori al normale degli alimenti sopra descritti (3 parti di acqua e zucchero e 1 di latte sterilizzato) a mano mano si diminuisce la proporzione dell'acqua.

Fra 4 e 6 mesi il trattamento sarà fatto con le regole precedenti, ma si possono aggiungere al latte modificato delle zuppe di malto o di farina lattea (100 gr. di acqua, 50 gr. di latte, una cucchiaiata di crema di riso o di estratto secco di malto).

Quando si tratta di un bambino di oltre 6 mesi la cura è più facile e più semplice poichè alle zuppe di malto si possono rimpiazzare le zuppe con farina ordinaria senza latte: il miglioramento è rapido: le feci dopo due o tre giorni perdono il loro carattere putrido e, il loro colore cambia: e quando tale miglioramento è avvenuto bisogna sforzarsi di tornare a poco a poco alla alimentazione che è la più conveniente e normale alla età ed al peso del bambino.

GENOESE.

NOTE PREVENTIVE.

Nuovo metodo operativo per la cura radiale del varicocele

per il Maggiore med. Prof. EFISIO LAY.

Incido lo scroto nella sua faccia anteriore; la incisione viene praticata in senso verticale per una lunghezza di 5 centimetri o poco più, con la sua estremità superiore all'altezza della radice del pene. Giunto all'involucro del cordone lo incido; isolo completamente il fascio anteriore del plesso spermatico, in tutta la sua estensione, dall'anello inguinale fino in vicinanza del testicolo, dopo essermi assicurato che gli elementi del cordone sono stati risparmiati. Ciò fatto, applico due legature, con catgut robusto, sulla parte mediana di detto fascio venoso, distanti circa un centimetro l'una dall'altra, e con una forbice taglio fra mezzo alle due legature.

Ho così due monconi: centrale e periferico. L'estremità del periferico viene poi portata in alto e fissata — con punti di catgut — al pilastro esterno dell'anello inguinale esterno; l'estremità del moncone centrale, portata in basso e fissata — pure con punti di catgut — alla base del moncone periferico, in vicinanza del testicolo.

I due monconi restano così addossati, a canna di fucile, e sono poi tenuti saldamente a contatto da altre due legature in toto: una al terzo superiore e l'altra al terzo inferiore.

Se esistono delle vene molto voluminose, negli altri fasci del plesso spermatico, le isolo in tutta la loro estensione, dall'alto al basso, vi applico due legature (distanti l'una dall'altra), escido la porzione interposta alle legature e ravvicino i monconi.

Se v'è esuberanza di parete scrotale, anzichè suturare i margini della ferita in senso longitudinale, avvicino la estremità inferiore dell'incisione a quella superiore, e pratico la sutura in senso trasversale.

NOTE E CONTRIBUTI.

La enteroptosi.

per il dott. A. CANTILENA.

Durante la guerra, ogni medico che esercitò in una condotta, dovette visitare un certo numero di donne, che, non avendo ancora raggiunto i 60 anni ed avendo uno o più figli alle armi, chiedevano il sussidio governativo per *inabilità al lavoro.* Dico, *un numero considerevole di donne,* perchè queste, più che gli uomini, quantunque di aspetto sufficientemente florido e quantunque non si potesse riscontrare nulla di anormale al cuore od ai polmoni, tuttavia si lagnavano di astenie gravi e altri disturbi, tali, da ammettere più che giustificatamente la loro inabilità *a qualsiasi lavoro utile e proficuo.*

La causa di tali disturbi, in maggior parte di indole che, sommariamente, si potrebbe giudicare nervosa, era invece dovuta ad *enteroptosi.*

In campagna la maggior parte delle spose sono pluripare e talune hanno avuto anche dodici o quindici parti e questo in via quasi comune verso i 50 anni.

Molti di questi parti poi sono stati gemellari e molti difficoltosi e tali da richiedere un intervento ostetrico: a causa del bacino frequentemente piatto, dovuto, specie in montagna, al fatto di portare pesi sulle spalle.

In seguito al parto, queste donne si sono alzate troppo presto, e non hanno avuto la cura di fasciarsi l'addome, di modo che i visceri addominali in seguito al rilassamento delle pareti, hanno avuto campo di abbassarsi notevolmente; da questo sono sorti i disturbi a cui sopra accenno e che consistono in *dispepsie, cardiopalmi, dolori addominali, stipsi, dolori lombari* ecc. Notoriamente tali disturbi derivano oltre che dalla posizione anormale dei visceri (stomaco, colon trasverso, ecc.), anche dallo stiramento dei nervi del plesso solare.

In alcuni casi io ho potuto constatare leggera albuminuria.

Per evitare tali disturbi è necessario che il medico consigli certe regole igieniche, quali:

1° Permanenza a letto, dopo il parto normale, di almeno otto giorni e di più, dopo i parti gemellari o faticosi.

2° Quando la donna si alza le venga fatta una fasciatura dell'addome.

3° Che la donna, prima di riprendere le sue occupazioni, e nel caso speciale della contadina, prima di rimettersi al lavoro dei campi, aspetti un periodo di almeno *un mese*, in modo che il suo organismo ripari alle perdite subite nella gravidanza e nel parto ed il grasso addominale si reintegri, in modo da far da cuscinetto ai visceri stessi.

4° Quando ci si trovi in presenza della enteroptosi si consigli la *ventriera*, adattata su misura, e si consigli alla donna un regime *ingrassante*, cioè riposo, cibi farinacei, frutta e in ispecie, quando si possa, l'uva.

Quando si è fatta la anamnesi di una donna che richiede la nostra visita, constatati numerosi parti, si rivolga speciale attenzione all'addome ed ai visceri in esso contenuti.

Il rene destro è quasi sempre palpabile sotto forma di un tumore duro, ovale, sdrucciolevole sotto la mano, spostabile coi movimenti respiratorii.

Il fegato è abbassato in modo che il margine inferiore deborda di una o due dita la 10ª costola.

Lo stomaco col suo margine inferiore passa non di rado al disotto della ombellicale.

Dato tale stato dei visceri è facile spiegare i disturbi che ne derivano e la cura medica da intraprendere: non è raro che la cura chirurgica si imponga.

Fiesso d'Astico 4-2-19.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 22 dicembre 1918.

(Presidenza del prof. sen. F. DURANTE).

Sulla demenza senile atipica di Alzheimer-Perusini.

Prof. F. BONFIGLIO. — L'O. dopo avere esposto lo stato attuale delle conoscenze sulla speciale forma morbosa dell'età presenile descritta dapprima dallo Alyheimer e dall'O. stesso e studiata poi a fondo dal Perusini, riferisce su due casi di questa speciale forma morbosa da lui osservati nel Manicomio provinciale di Roma.

Nel primo caso si trattava di una donna che nell'età di 47 anni venne colpita da una demenza gravissima ad andamento progressivo alla quale si associarono in seguito disturbi a focolaio a carattere afasico, aprassico ed agnostico e dal lato neurologico lieve disartria, torpore della reazione iridea, contrattura degli arti inferiori e nello stadio terminale attacchi epilettiformi. All'esame istologico si riscontrarono i due reperti caratteristici di questa forma morbosa: le placche senili e l'alterazione neurofibrillare dell'Alyheimer.

Ad illustrazione di questi reperti l'O. presenta parecchie microtografie. Nel secondo caso trattasi di una donna dell'età di 54 anni ancora vivente che presenta un quadro sintomatologico quasi identico al precedente.

L'O. in base a queste sue due nuove osservazioni discute la diagnosi differenziale di questa forma morbosa specialmente in confronto della paralisi progressiva con la quale potrebbe essere confusa quando non siano ancora manifesti i disturbi asimbolici, non siasi fatta la reazione di Wassermann nè l'esame del liquor ed esistano invece come nei suoi due casi, disturbi della reflessività iridea e disartrie. Conclude quindi trattando il problema della posizione nosologica di questa forma morbosa. Combatte la opinione del Kraepelin che vorrebbe farne una malattia a sè con l'appellativo di « malattia di Alyheimer », combatte pure l'opinione del Fischer che vorrebbe confonderla senz'altro con la comune demenza senile o meglio con la demenza presbiofrenica e sostiene che questa forma morbosa pur dovendo rientrare per molteplici motivi clinici ed anatomopatologici nel grande gruppo della demenza senile vi debba tuttavia rientrare mantenendo una fisionomia propria per le caratteristiche del quadro clinico, per l'età precoce in cui si inizia e per la speciale distribuzione delle lesioni istologiche. Per questa forma morbosa l'O. propone la denominazione di *demenza senile atipica* di Alyheimer-Perusini dal nome dei due autori che hanno avuto il maggior merito nella costruzione del quadro clinico ed istopatologico di essa forma morbosa.

Il prof. DE SANCTIS prende la parola e si dichiara d'accordo col Bonfiglio circa la necessità di fare delle distinzioni fra le diverse forme morbose che ancor oggi vengono confuse insieme con la comune denominazione di demenza senile. Crede che si debba procedere ad una analisi più minuta di ciò che con termine generico si chiama indebolimento mentale onde ricavare i caratteri differenziali fra i diversi stati demenziali dovuti a processi patologici diversi. Consiglia

quindi di ricercare anche per la distinzione di questa forma atipica di demenza senile i caratteri che ne permettano sin dall'inizio la diagnosi differenziale in confronto della comune demenza senile.

Prende quindi la parola il prof. Campana il quale accetta le vedute del Bonfiglio e ritiene che l'anatomia patologica porterà un notevole contributo alla questione della distinzione delle diverse psicosi dell'età senile.

Risponde brevemente il BONFIGLIO ringraziando il prof. De Sanctis ed il prof. Campana per l'interessamento mostrato all'argomento da lui esposto e dichiarando al prof. De Sanctis che è suo intendimento di indirizzare le sue ricerche alla scoperta di sintomi che permettano una diagnosi differenziale precoce di questa forma atipica della demenza senile.

Sul reperto dei leucociti a granuli sudanofili per la diagnosi di suppurazioni latenti.

Prof. V. GIUDICEANDREA. — Dopo aver esposto le osservazioni compiute da più anni l'O. crede di poter concludere in favore della reale importanza della ricerca dei leucociti con granuli e zolle sudanofili quando si sospetta l'esistenza di un processo suppurativo altrimenti non riconoscibile. Egli ritiene che con una somma accuratezza di tecnica e con l'esame di parecchi preparati, il reperto debba essere apprezzato secondo criteri che minutamente espone.

Esame vestibolare dei candidati all'aviazione e dei piloti, specialmente in riguardo al nistagmo.

Prof. G. BILANCIONI. — Per l'O. nell'esame dell'apparato vestibolare uno dei segni di maggiore interesse è dato dal nistagmo.

Il *N. spontaneo* è piuttosto frequente e non si accompagna a suscettibilità del labirinto.

Nei soggetti che lo presentano, l'O. ha rilevato molte turbe funzionali del sistema nervoso (aumento esagerato dei riflessi cutanei e tendini, dermografismo, tremori, ecc.). Dichiarati idonei questi individui hanno potuto seguire regolarmente i corsi, senza disturbi a carico dell'occhio e del labirinto.

Il *N. provocato* dalla rotazione con la sedia girevole *a tronco eretto,* ha tendenza a prolungarsi dopo la seconda rotazione.

Raro è il fatto di una eccitabilità scarsa o torpita del labirinto non acustico, che non si traduce con alcuna scossa di N. o con pochissime, fugaci, facilmente esauribili.

All'arresto della sedia si hanno quasi sempre disturbi gravi: congestione del volto, seguita talora da pallore e da sudore; ammiccamento rapido, talora un vero clono dell'orbicolare delle palpebre; talora lacrimazione, di rado congestione della congiuntiva bulbare; midriasi, movimenti clonici dei muscoli mimici, tremori degli arti, movimenti di deglutizione e di suzione, nausea, senso di peso all'epigastrico, vomito, respiro superficiale e più frequente, senso di ambascia, polso di solito più frequente (di 10-15 pulsazioni), di rado più lento; qualche movimento di reazione, come flessione del capo e del tronco di lato; modificazione psichiche (breve stato di stupore o di eccitamento).

La prova della rotazione in posizione seduta, *col capo piegato in avanti di* 90°, è più breve della precedente; nel riprendere la posizione eretta il soggetto cade da un lato, corrispondente a quello della rotazione, caduta che varia da un minimo di pochi gradi a 90 e più, flette di lato la testa, compie movimenti di reazione con le braccia, qualche volta emette un grido. Il volto si congestiona; v'è nistagmo di solito in senso inverso alla caduta. Questo N. è quasi sempre rotatorio: ciò deve dipendere dal fatto, che col capo piegato in avanti non si riesce a stimolare una singola coppia di canali semicircolari. Si aggiungono sensazioni subiettive più o meno gravi, vertigini, obnubilamento della coscienza, nausea, vomito, incertezza della deambulazione, ecc. Nei casi di maggiore eccitamento, nella caduta l'O. ha osservato torsione del tronco, e un vero nistagmo del capo. La correzione dello atteggiamento avviene in media in 15''.

Alla prova dell'indicazione, eseguita a occhi bendati, cercando di colpire con l'indice il centro di un bersaglio mobile, si ha spostamento nei casi in cui è abnorme l'eccitabilità vestibolare.

I disturbi dell'equilibrio e le reazioni locomotrici dopo la rotazione si manifestano o con una semplice titubazione (*marche en canard*), con vero barcollamento, con deviazione o sinanco con la caduta e sbandamento da un lato, in avanti o indietro. La prova della deambulazione (Babinski e Weil) e le prove statiche di Von Stein, daranno importanti ragguagli.

L'O. ha osservato vari casi di tipica *deviazione a stella* in cui il soggetto con pochi tratti di deambulazione si rovescia completamente su sè stesso. Quando avviene la caduta, questa segue dal lato opposto alla direzione del nistagmo.

La prova dell'ergoestesiografo di Galeotti ha dato risultati che vanno coordinati con gli altri.

L'O. ha completato questi esami specie quando vi erano lesioni a carico dell'orecchio medio (otite media purulenta cronica, con carie) con la *prova calida* e la *frigida* irrigando il condotto con acqua calda o fredda mediante l'otocatorimetro. In

pochi casi ha provocato la *vertigine voltaica* di Babinski.

Dalle esperienze eseguite risulta che anche in individui normali il nistagmo varia entro termini latissimi.

L'esame del labirinto non acustico è ormai così progredito che l'O. ha fiducia entrerà nella comune semeiotica, particolarmente per tutte quelle lesioni che stanno nella zona grigia della neuropatologia e dell'otologia.

Dott. ENNIO GROSSI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Ricerche biologiche sugli aviatori.

Il *Giornale di medicina militare* dedica un numero monografico (1º fascicolo 1919) alle ricerche biologiche eseguite dagli Uffici Psicofisiologici italiani di Aviazione Militare. Gli Uffici Psicofisiologici di Roma, Torino, Napoli e Padova furono costituiti allo scopo duplice di eseguire visite di arruolamento e controllo per il personale navigante e compiere ricerche sulla fisiologia ed igiene dell'uomo in volo. Della prima parte di tale lavoro è prova la cifra complessiva delle visite eseguite: 18,500; della seconda parte ci si può fare un'idea scorrendo il fascicolo in parola, del quale diamo qui un molto rapido riassunto.

Dopo una relazione del prof. GIUSEPPE GRADENIGO sulla costituzione degli Uffici Psicofisiologici e le relazioni particolareggiate di ciascun Ufficio, il maggiore medico dott. ANGELO DI NOLA, capo dell'Ufficio Sanitario del Commissariato di Aeronautica, parla dell'*organizzazione sanitaria dell'aviazione*, e si sofferma sopratutto a respingere le critiche fatte a proposito degli impianti di campi-scuole in zone malariche; fa notare come ciò sia stata una necessità di indole tecnica e che ad ogni modo furono prese tutte le previdenze per un'acconcia lotta antimalarica: lavori di bonifica, risanamento igienico, protezione meccanica ed infine profilassi chininica, così da giungere in alcuni campi vicino Roma, in zona nettamente malarica, al brillante risultato di ridurre la morbilità al 0.51 %.

I proff. GIUSEPPE GRADENIGO e AGOSTINO GEMELLI si occupano dei *Testi per la scelta del personale militare navigante dell'aria*, esponendo i diversi indirizzi propugnati per l'accettazione del personale militare navigante e descrivendo le modalità eseguite negli Uffici Psicofisiologici nel fare l'esame generale e degli organi interni, degli organi dei sensi, dell'apparato vestibolare e l'esame infine psicofisico (attività psicomotrice, attenzione, resistenza agli stimoli emotivi).

Il prof. AGOSTINO GEMELLI in un *Riassunto di alcune indagini sulla psicofisiologia degli aviatori* riferisce sommariamente i risultati delle indagini compiute sulla percezione di lievi mutamenti della posizione di equilibrio del corpo in relazione col governo dell'aeroplano, sulle reazioni di tempo, di scelta e volontarie, sui metodi per lo studio dell'attenzione, sulla percezione della forza, sulla soglia galvanica come mezzo d'esame della funzione labirintica, sull'esame del sangue degli aviatori, sull'esame del pilota durante il volo, sull'azione del vento, sulle malattie degli aviatori, sulla durata dell'idoneità al volo, sulla idoneità generica ad ogni genere di aeroplano, ecc.

Il prof. GINO GALEOTTI in una memoria *Pressione sanguigna ed aviazione*, riporta numerose determinazioni della pressione sanguigna compiute sul Monte Rosa su vari individui e in svariate condizioni, concludendo che non è dimostrabile una netta e costante influenza della depressione atmosferica sulla pressione sanguigna; egli pertanto considera forse come esagerata l'importanza che si dà agli stati di ipertensione per lo scarto dei candidati al pilotaggio, quando si possa con tutta sicurezza escludere che essa non dipenda da difetti organici e sia semplicemente una manifestazione funzionale.

Il prof. LUIGI MANGINELLI in *Variazioni della pressione sanguigna in aeroplano: esperienze in volo*, riferisce le esperienze da lui compiute in volo (velocità massime di circa 170 km. all'ora, altezze massime di circa 5000 m.). Dalle sue esperienze conclude: la pressione massima tende ad aumentare durante la salita specie all'inizio, mentre essa tende a stabilizzarsi avvicinandosi a quella di partenza quando si mantenga la linea di volo; essa tende inoltre a diminuire durante la discesa. La pressione minima tende a diminuire in salita e ad aumentare in discesa, riportandosi a quella di partenza quando si mantenga la linea di volo. Dopo l'atterraggio la pressione massima è quasi sempre minore di quella della partenza, mentre la pressione minima è quasi sempre maggiore, talora uguale a quella della partenza. Tali variazioni appaiono meno evidenti negli individui allenati. L'A. considera le variazioni della pressione sistolica secondarie a quelle della pressione diastolica: tali variazioni sarebbero legate a fenomeni vasomotori, provocati a loro volta dalle variazioni della pressione atmosferica, in rapporto colla diminuita tensione parziale dell'ossigeno e dell'acido carbonico dell'aria. Data la brusca rapidità colla quale si manifestano in volo le variazioni della pressione atmosferica, le reazioni di compenso alle quali tende l'organismo si stabiliscono con qualche ritardo. Tutto ciò dimostra l'assoluta necessità per l'aviatore di un sistema cardiovascolare perfetto.

Il prof. ALBERTO AGAZZOTTI *Sul riflesso cardio-*

vascolare agli stimoli sensoriali emotivi studia i caratteri della reazione riflessa cardiovascolare in rapporto all'emozionabilità del soggetto; prende in esame le modificazioni della frequenza del polso mettendo in rilievo che queste avvengono in tre periodi ben distinti, studia il tempo di latenza di esse, mettendo anche in evidenza il rapporto tra l'intensità della reazione riflessa e l'attività del cuore al momento dello stimolo. Prende poi in esame i cambiamenti dello sfigmogramma e del cardiogramma, il tempo di durata della sistole e della diastole, le aritmie, la reazione vasomotoria ed il suo tempo latente. L'A. ritiene che nel riflesso cardiaco si abbiano prima gli effetti di una inibizione nel campo del vago, poi di un eccitamento nel campo dell'acceleratore, infine di un eccitamento del vago. Lo stato di attività tonica dei centri del vago e dell'acceleratore può agire sull'intensità della reazione riflessa, ma non sullo ordine col quale le varie fasi si manifestano. La reazione vasomotoria è indipendente dallo stato di attività del cuore.

I proff. GINO GALEOTTI e ALBERTO AGAZZOTTI, in *Influenza del vento sulla funzione respiratoria e sul polso,* basandosi su esperienze condotte in alta montagna o con vento artificialmente prodotto, concludono esser necessaria una buona protezione dell'aviatore dall'azione del vento.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI: *Concetto della resistenza e della debolezza respiratoria.* Applicando metodicamente l'esame spirometrico e coordinandolo coll'esame generale dei candidati l'A. giunge ad alcune conclusioni fondamentali: il respiro, oltre che essere nasale, completo, ritmico, ampio, deve essere anche resistente, cioè l'individuo deve avere una energia nervosa che non si esaurisce e che permette la continuità dello sforzo muscolare occorrente all'atto respiratorio. Un soggetto è resistente quando la spirometria segnata 3, 5 volte di seguito con intervalli di 20" dà cifre uguali o crescenti; debole quando esse decrescono rapidamente.

Prof. ACHILLE ROMAGNA-MANOJA nell'*Esame neurologico sui candidati all'aviazione* ritiene come la selezione sui candidati all'aviazione deve essere basata oltre tutto sull'esame neurologico oculato e rigoroso, mentre saranno utili anche alcune norme antropologiche, fondate sul concetto della euritmia dello sviluppo somatico.

Il prof. GIUSEPPE GRADENIGO in *Funzione tubarica ed aviazione* ribadisce sempre più il concetto dell'assoluta necessità per l'aviatore di una funzione tubarica perfetta e descrive i metodi più adatti allo scopo.

Il prof. GINO GALEOTTI nell'*Ergoestesiografo* descrive un apparecchio da lui ideato allo scopo di servire a rappresentare l'attitudine di ogni individuo a regolare il proprio sforzo muscolare in modo adeguato alle resistenze esteriori.

Prof. ARNALDO MALAN: *La prova dell'indicazione nei candidati all'aviazione.* L'A. dà conto della sua modificazione alla classica prova del BARANY, intesa allo scopo di stabilire non solo il senso delle deviazioni ma anche il valore numerico di esse sia prima che dopo la rotazione. Tale prova avrebbe reale valore per la diagnosi di una eventuale insofferenza alle prove rotatorie, e sarebbe inoltre di grande utilità anche nell'esame di piloti affetti da esaurimento nervoso.

Prof. RAOUL HAHN: *L'esame della vertigine galvanica nei piloti e nei candidati al pilotaggio.* In base alle proprie osservazioni l'A. giunge alle conclusioni che man mano che si innalza la soglia galvanica, diminuisce la frequenza del postnistagmo rotatorio di durata normale e la frequenza della caduta forte dopo la rotazione a capo e tronco flessi in avanti, mentre aumenta la frequenza della caduta di medio grado e dell'assenza di caduta. L'A. ha riscontrato una soglia galvanica molto bassa (sotto 1 M. A.) nei piloti affetti da grave esaurimento nervoso o convalescenti di gravi ferite o di malattie protratte.

Prof. ARNALDO MALAN: *Dell'esame del senso statico della posizione e del senso della verticalità.* L'A. descrive uno speciale apparecchio col quale viene saggiato il senso statico della posizione ed il senso della verticalità ed illustra i risultati ottenuti, fissando il limite di normalità; interessante il miglioramento dei risultati constatato dopo l'allenamento del soggetto.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI: *Osservazioni sull'esame vestibolare dei candidati all'aviazione e dei piloti, specialmente in riguardo al nistagmo.* L'A. mette in evidenza la frequenza relativa del nistagmo spontaneo in molti individui a labirinto con eccitabilità normale. Analizza quindi i vari fenomeni, e tra essi principalmente il nistagmo, che avviene dopo la rotazione a tronco eretto e a capo flesso in avanti di 90°, dando il massimo interesse a quelli che rientrano nel dominio del vago e del simpatico. A tal proposito sono importanti i dati relativi ai rapporti tra apparato vestibolare ed organi interni, specialmente cuore e tiroide, e sistema endocrino in genere. All'A. sembra evidente che all'esame metodico del labirinto non acustico sia riservato un notevole interesse nel campo della medicina e chirurgia generali, date le intime connessioni dell'organo dell'equilibrio con numerosi nervi e centri che influenzano l'intero organismo.

Proff. GUGLIELMO BILANCIONI e ACHILLE ROMAGNA-MANOJA: *Ricerche sullo stato della coscienza nella vertigine rotatoria.* Partendo dall'osservazione che nei candidati dopo la prova della rotazione

occorreva qualche secondo perchè il soggetto si orientasse ed eseguisse con precisione i movimenti comandatigli, gli AA. hanno voluto indagare lo stato della coscienza nella vertigine rotatoria. Servendosi del mezzo della discriminazione tattile e della fissazione e rievocazione immediata delle immagini subito dopo la rotazione essi concludono che durante la vertigine provocata se un turbamento si ha della coscienza, esso è limitato al senso statico, ma non altera la capacità di discriminazione esatta nel campo di altri sensi, e che appena i fenomeni di turbamento del senso statico si attenuano, non si verifica alcuna difficoltà nel soggetto a compiere operazioni mentali più difficili.

Prof. FRANCESCO SAFFIOTTI: *Brevi note preventive sui risultati di alcune ricerche psicometriche sui candidati e sui piloti*. L'A. espone alcune considerazioni personali sui metodi per gli esami psicologici, facendo anche menzione di un nuovo reattivo dell'attenzione.

Prof. MARIO CAMIS: *Un mezzo per giudicare il grado di sensibilità agli stimoli emozionali*. L'A. mette in luce la possibilità di valersi delle variazioni della curva dei tempi di reazione semplice per giudicare il grado di emotività di un soggetto.

Prof. AMEDEO HERLITZKA: *Sulla determinazione del tempo di riconoscimento di un segno*. L'A. illustra un suo dispositivo per determinare il tempo di esposizione di un segno, necessario a che ne sia effettuato il riconoscimento. Dalle osservazioni riportate conclude che il tempo misurato è quello necessario per determinare l'eccitamento della retina, e quindi il metodo è atto a misurare il tempo di eccitamento della retina, non quello di appercezione. Tale ricerca non sembra per il momento opportuna all'A. nei candidati all'aviazione.

Prof. GINO GALEOTTI: *Su di un metodo per determinare la velocità di appercezione*. L'A. descrive un suo apparecchio per determinare la velocità di appercezione. In base alle sue osservazioni conclude, escludendo che i tempi misurati rappresentino la soglia di eccitazione retinica come vorrebbe HERLITZKA, e ritiene invece che essi rappresentino realmente tempi di riconoscimento e quindi di appercezione. Tali ricerche sembrano quindi utili all'A. nei candidati all'aviazione.

Proff. GINO GALEOTTI e G. BATTISTA CACCIAPUOTI: *Un metodo di misura delle capacità attentive*. Tale metodo consisterebbe nel far passare dinanzi agli occhi del candidato una serie di figure assai semplici diversamente colorate: trascorsa la serie il candidato deve dire subito quali sono le figure che ha visto; si tiene conto delle dimenticanze, degli sbagli di forma, di colore, e di ordine. Verrebbero così poste in evidenza le facoltà elementari della psiche, sulle quali si esercita l'attenzione e cioè la percezione, l'appercezione, la facoltà discriminativa e la memoria immediata.

Prof. AZZO AZZI: *Sulla determinazione dei tempi di reazione discriminativa*. L'A. usando il dispositivo di GALEOTTI, per il quale a seconda di uno stimolo diverso (accensione di una o di un'altra lampadina) si deve rispondere ora col movimento di una mano o di un piede, fissa i dati numerici che dovrebbero considerarsi come normali o come anormali nella scelta dei candidati aviatori.

Prof. ACHILLE ROMAGNA-MANOJA: *Osservazioni sul tempo di reazione composta*. L'A. si serve di un dispositivo che consiste nell'eseguire colla stessa mano un diverso movimento a seconda di un diverso stimolo, e stabilisce per ciascun movimento i dati medi, sia per il tempo di reazione, sia per la deviazione media, sia pel coefficente di variabilità, sia per la percentuale degli errori.

Prof. ALBERTO AGAZZOTTI: *I limiti della idoneità nell'esame della emozionabilità*. L'A. considera le reazioni riflesse cardiovascolari, respiratorie e del tremito, susseguenti ad uno stimolo sensoriale emotivo e fissa i limiti di queste reazioni che debbono considerarsi come normali per l'idoneità al pilotaggio, ovvero come indice di un deficente potere inibitorio del soggetto.

l. m.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Contributo alla clinica del paratifo A.

In un lungo lavoro su questo argomento il Galdi (Folia medica n. 19, 1918) studia le infezioni da paratifo A, che, secondo le sue ricerche, raggiungono quasi lo stesso livello statistico nelle epidemie tifo-paratifiche castrensi e negli individui già vaccinati contro il tifo. Costoro, benchè non specificatamente immunizzati, presentano, per il solo fatto della vaccinazione di gruppo, un quadro clinico meno grave dei non vaccinati: ma la vaccinazione anche contro il paratifo A si imporrebbe data la sua frequenza. La mortalità secondo il Galdi è di circa il 3 %; le lesioni anatomo-patologiche assai simili a quelle prodotte dal bacillo di Eberth.

Quanto alla clinica, nelle ondate epidemiche l'infezione da paratifo A si avvicina molto al quadro dell'infezione eberthiana, benchè all'inizio possa mentire un'influenza — specie se predominano fatti respiratori — da cui non tarda a distinguersi per i criteri epidemiologici e batteriologici (l'emocoltura è spesso positiva e la siero-agglutinazione ha un titolo alto), per i sin-

tomi intestinali, per l'eventuale roseola e per la curva termica.

Criteri che avviano verso il sospetto ragionevolmente fondato di una infezione da paratifo A sono all'inizio le manifestazioni dolorifiche diffuse e la rapida ascesa febbrile accompagnata con brivido; più tardi la maggiore compromissione dell'albero respiratorio, il relativo rispetto del sistema nervoso, l'andamento benigno fanno propendere per escludere il paratifo B e il tifo.

Considerando più davvicino i due paratifi, l'A. tenta stabilire le differenze cliniche dei rispettivi quadri morbosi: ma bisogna convenire che le sfumature sono troppo lievi, e quel che è peggio, troppo incostanti, perchè ad esse possa attribuirsi qualcosa di più di un vago sospetto.

Il paratifo A darebbe più spesso dell'altro, nei prodromi, diarrea, rachiagie, gastralgia, anoressia, astenia. Nulla di veramente importante nella febbre. Il tumore epatico vi sarebbe più frequente, l'itterizia più rara, le ricadute alquanto più facili.

Per quanto concerne la durata l'A. distingue 3 forme: da 10 a 20 giorni, da 20 a 30, oltre i 30.

Ma unici seri criteri differenziali rimangono l'agglutinazione e l'emocoltura: del resto bisogna anche tener presente che l'A. ha portato il suo studio su individui già vaccinati contro il tifo e il paratifo B — e quindi con reazione diversa riguardo a queste forme che non rispetto al paratifo A.

G. SABATINI.

Meningite suppurativa con glicosuria, simulante il coma diabetico.

F. E. Taylor e W. H. Mc Kinstry riportano (*The medical Review* gennaio 1919) la storia di un individuo di 36 anni, ammalatosi con febbre, dolore puntorio e segni fisici di pleuropneumonite: in quarta giornata si ebbe un notevole miglioramento. Nella quinta però, si notarono intense cefalee, contrazione dei muscoli facciali, vomito, incontinenza delle feci, collasso e coma con pupille midriatiche, senza reazione alla luce. Deviazione coniugata degli occhi, perdita dei riflessi superficiali, aumento nel numero delle respirazioni da 36 a 64, poi 80. L'orina conteneva tracce d'albumina, pochi cilindri e notevole quantità di zucchero; assenti però acetone ed acido diacetico. In sesta giornata il polso salì a 44 per minuto, vi fu paralisi transitoria a sinistra, incontinenza delle orine; in queste però non si rinvenne più zucchero; l'urea vi era in quantità normale. Da ultimo si ebbe respiro di Cheyne-Stokes, spasmi localizzati, aumento di temperatura e morte.

All'autopsia, oltre alla pleurite purulenta, si notò meningite purulenta con strepto e stafilococchi.

La diagnosi, abbastanza facile al tavolo anatomico, era stata imbarazzante in vita; per la presenza dello zucchero nell'orina si era pensato al come diabetico, sebbene l'assenza di acetone, acido diacetico, poliuria, ecc., rendessero dubbia detta diagnosi. Anche il coma uremico, a cui si poteva pure pensare per la presenza di albumina e di cilindri nell'orina, era stato eliminato, per il fatto della quantità normale di urea.

Questa osservazione clinica dimostra l'origine neurotica della glicosuria; questa forma transitoria è stata osservata in rapporto con lesioni del sistema nervoso centrale e periferico, quali tumori, emorragie alla base del cranio, lesioni del pavimento del quarto ventricolo, meningite cerebro-spinale, concussione del cervello, frattura delle vertebre cervicali, neurosi traumatica, sforzi mentali, stanchezza, ansietà, ecc.

Ne viene l'indicazione pratica di non concludere assolutamente e recisamente per un coma diabetico in ogni individuo in stato comatoso, che presenti glicosuria.

FIL.

L'apofisite tibiale da crescenza.

In soggetti fra 10 e 18 anni si osservano spesso dei dolori, in corrispondenza della tuberosità tibiale. Essi erano stati attribuiti a traumatismo e ritenuti prodotti da fratture parziali, per strappamento della tuberosità anteriore tibiale, mentre invece si tratta probabilmente di fenomeni di congestione ossea dovuti alla crescenza.

L'erronea interpretazione antecedente si deve al fatto che sulla radiografia, in molti soggetti normali, si nota un aspetto, che farebbe credere trattarsi di una frattura, od uno strappamento, od una erosione. Clinicamente si notano soltanto l'elemento dolore ed il gonfiore locale. L'origine di questa apofisite è tuttora incerta; potrebbe essere anche di natura infettiva, come p. e. una osteomielite stafilococcica attenuata. Ad ogni modo l'individualità clinica è nettissima e la parte del traumatismo assai problematica. (*Paris médical*, 29 giugno 1918).

ini.

TERAPIA.

Trattamento delle presentazioni e posizioni anomale del feto.

Posizione occipito-posteriore. — L'applicazione del forcipe non offre difficoltà se l'occipite è rotato in avanti, altrimenti le branche lasciano facilmente la presa. Prima dell'applicazione è dunque necessario cambiare la posizione in anteriore. A tale scopo, con la mano in vagina, si

afferra la testa e la si ruota in avanti; perchè vi rimanga è necessario altresì ruotare il corpo del feto, ciò che si può fare con la mano esterna, oppure con quella interna, passando dietro alla testa ed arrivando alle spalle che vanno spostate sul lato opposto. Il taglio cesareo in queste condizioni è solo indicato, quando la testa sia troppo grossa per passare a traverso le pelvi.

Presentazione di faccia. — Se il mento è rivolto anteriormente, si può lasciare che il parto si esplichi spontaneamente, aiutandosi tutt'al più con il forcipe se il parto si prolunga. Nei casi con mento posteriore si interverrà non appena l'ostio sia pienamente dilatato, si flette il capo, introducendo una mano in vagina, con il pollice sul frontale e le altre dita sull'occipite; si porta questo in basso e la fronte in alto. La presentazione è così cambiata in quella di vertice con occipite anteriore; si può allora applicare il forcipe ed il parto viene espletato facilmente.

La flessione della testa è facile nei casi secondari, in cui l'estensione è dovuta a movimenti dell'occipite, ma nei casi primari, quando l'estensione è dovuta a tumori del collo, od a condizioni spastiche dei muscoli della nuca, non si otterranno gli effetti desiderati. Fortunatamente questi casi sono rari; il trattamento migliore di essi è la versione.

Nei casi con mento anteriore, si può pure applicare la flessione della testa, ma ne risulta una posizione occipito-posteriore, per cui il parto può essere difficile, a meno che non si sposti anteriormente l'occipite.

Quando il mento è giunto nello scavo si può tentare ancora di ricacciare indietro la testa e di fletterla; se ciò non si può fare, si procederà alla craniotomia e, solo quando il feto è molto piccolo, all'estrazione con forcipe.

Le presentazioni di fronte vanno trattate come quelle di faccia; in posizione anteriore, si può esagerare l'estensione, cambiandola in posizione di faccia anteriore, ed applicare poi il forcipe, ma è preferibile la flessione, oppure la versione.

Il parto nel bacino piatto. — Nella presentazione del parietale anteriore, il metodo migliore, nel caso in cui il parto non avvenga spontaneo, è quello di usare il forcipe. Le branche vengono applicate, come di solito, secondo il diametro antero-posteriore della testa; esercitando la trazione si agevola il meccanismo del parto, facendo girare la testa attorno al suo perno, posteriormente al pube. Quando la testa è arrivata in basso si allontana il forcipe: la pressione sul fondo dell'utero sarà sufficiente per espletare il parto, in caso contrario, si riapplicherà il forcipe, mettendo le branche ai lati della testa. Durante la trazione, per poter aumentare la coniugata vera, la paziente sarà tenuta con le gambe penzoloni, fino a che la testa abbia passato l'orlo della pelvi; dopo di che verrà rimessa in posizione litotomica.

Nella posizione parietale posteriore, il forcipe è controindicato, a meno che non si possa cambiare la posizione in anteriore; ciò può farsi fino a che la testa non sia molto impegnata, afferrandola e portando la parte anteriore in basso, mentre si spinge in alto la parte posteriore, in modo che la sutura sagittale si trovi contro il promontorio. L'applicazione del forcipe, quando la parte posteriore della testa si trova in basso, esigerebbe una grande forza brutale con poche probabilità di riuscita.

Nel caso che non si possa cambiare la posizione parietale posteriore in anteriore, si ricorrerà alla versione, a meno che non vi sia il pericolo di rottura dell'utero; nella posizione anteriore, il forcipe con trazione nell'asse dà le maggiori probabilità di salvare il bambino. Nel caso che l'applicazione del forcipe fallisca si ricorre comunemente alla versione ciò che non è da consigliarsi poichè il bambino si salva difficilmente, mentre grandi sono le probabilità di rottura dell'utero. In tali casi, dopo l'infruttuosa applicazione di forcipe, è meglio ricorrere alla craniotomia.

Presentazioni trasverse. — Quando si riscontrano prima del travaglio, o prima della rottura delle membrane, si può cambiare la presentaizone con manovre esterne, in modo da portare la testa entro la pelvi; si applica poi una solida fasciatura con guancialetti, in modo da impedire un ritorno allo stato di prima. Se è già avvenuta la rottura delle membrane, si ricorre alla versione podalica interna, eventualmente previa dilatazione manuale del collo. Le probabilità di riuscita della versione diminuiscono con l'aumento della dilatazione e con la fuoriuscita delle acque: quando questa è avvenuta da qualche tempo, si deve andare molto cauti, e se il bambino è morto, fare la decapitazione con un uncino tagliente: si estrae poi il corpo, facendo trazione sul braccio e la testa del forcipe, facendo precedere eventualmente la cranioclastia.

Distocia per presentazione di podice. — Avviene quando si è avuta una precoce rottura di membrane con fuoriuscita delle acque, mentre si è formato poi un anello di contrazione nell'utero, che stringe il feto a livello delle ginocchia. Con un esame attento, si riscontra distintamente un risalto nell'interno della cavità uterina: i piedi del feto stanno al disopra di

esso. Ad ogni contrazione, l'anello si restringe impedendo al feto di scendere.

Per il trattamento, si consiglia di passare la mano nell'utero, lungo l'addome del feto, sino a che le dita raggiungano il piede al disopra dell'anello: si stira in basso il piede, fino a che la gamba sia diritta. e si estrae il corpo facendo trazione sopra una gamba, mentre si fa una contropressione sul fondo, per tenere le braccia in basso ed il capo ben flesso.

(R. SARDINE: rif. in *The medical Review*, feb braio 1919).

I. P.

Il chinino nel parto.

Secondo le esperienze di Lauritzen, Halban e Köhler (rif. in *Medical Review* febbraio 1918) il chinino può benissimo sostituire la pituitrina per agevolare l'espulsione del feto ed avrebbe anzi un'azione più sicura. E' raccomandabile il bicloridrato, per iniezioni, a dosi di 25 centigrammi per cmc.

In uno studio parallelo fatto con la pitnitrina, è risultato quanto segue:

1) *Nell'inerzia uterina*, mentre la pituitrina dà risultati negativi nello stadio di dilatazione e positivi solo in quello di espulsione, il chinino ha dato sempre risultati positivi nell'inerzia completa ed incompleta.

2) *Nell'aborto provocato*, la pituitrina dà risultati negativi, il chinino li dà pure negativi prima del termine, positivi invece quando il feto è a termine.

3) *Nell'aborto accidentale*, la pituitrina dà sempre risultati negativi; il chinino li dà positivi nell'aborto imminente od iniziato, ed incostanti nell'aborto incompleto.

4) *Nell'atonia dell'utero* postabortiva, il chinino è attivo e la pituitrina inefficace; nell'atonia *post-partum* la pituitrina invece agisce bene, mentre il chinino ha azione incerta.

Si fanno iniezioni di 10-50 centigrammi, dando la preferenza all'ultima dose; quando, entro mezz'ora non ne segue alcun effetto, si ripete l'iniezione, arrivando anche fino a quattro. Le iniezioni endovenose agiscono in 3-4 minuti, quelle endomuscolari in 10-20.

I dolori hanno i caratteri usuali e possono venir provocati non appena l'utero è pronto per il parto; in altri termini, il chinino agisce nei primi stadî del parto, in uso di inerzia. Non si sono mai notate complicazioni più accentuate del ronzìo agli orecchi, dell'afflusso sanguigno al capo, o di una sensazione gustativa anormale; nessun effetto spiacevole è stato mai osservato sul neonato.

Lauritzen riporta le osservazioni fatte sopra una dozzina di casi, fra cui anche una inerzia uterina primaria in una primipara, condizione in cui la pituitrina fallisce spesso mentre invece dopo l'iniezione di 50 centigrammi di chinino, il parto venne espletato in quattro ore.

I. P.

L'opoterapia ipofisaria nella pratica ostetrica.

Il dott. Ignazio di Pace (*La Rassegna d'ostetricia e di ginecologia*) in uno studio — che può dirsi completo per la copia di cognizioni che in esso sono esposte — relative alle correlazioni funzionali fra ipofisi e ghiandole a secrezione interna in genere, e fra ipofisi e apparato sessuale in particolare, e sull'uso di estratti ipofisari nella pratica ostetrica, espone il risultato delle sue indagini sperimentali, dalle quali si desume che le iniezioni di centg. 10 o 20, della parte infundibulare fresca dell'ipofisi, in soluzione acquosa sterile, devono essere considerate dal medico pratico come un prezioso medicamento ocitocico, perchè sono innocue e di facile applicazione (in commercio si trovano tali soluzioni sotto diversi nomi: *pituglandol, petuitri-infundibulina*, ecc.):

a) nell'inerzia uterina primitiva e secondaria e nelle insufficienti contrazioni uterine in travaglio, per eccitare l'utero a un lavoro più intenso, più energico e perciò più efficace e utile all'espletamento del parto, senza intervento operativo;

b) nella placenta previa, per prevenire e limitare le facili e gravi emorragie;

c) nell'emorragia *post-partum* da sub-involuzione uterina, per provocare le contrazioni dell'utero, accelerarne la retrazione e facilitarne la involuzione;

d) nelle lievi viziature pelviche, per evitare l'applicaione del forcipe (non sempre di esito costantemente felice) è facilitarne l'applicazione nei casi nei quali esso si impone di urgenza per le sofferenze materne e fatali;

e) nel parto precoce e nella interruzione artificiale della gravidanza, dopo la perforazione della membrana, per evitare i possibili danni inerenti alle applicazioni della sonda di Krause e agli altri metodi in uso;

f) nell'aborto inevitabile, dopo il 3° mese, quando l'utero si trova già in travaglio, per facilitare ed accelerare la espulsione del prodotto del concepimento.

a. a.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1063) *Cura della pitiriasi steotoide.* — Al dottor A. A. da F.:

Se l'abbonato accenna, come pare, alle forme di pitiriasi steadoide frequenti su certe regioni coperte di peli (sopracciglia, cuoio capelluto), sono consigliabili le pomate al solfo ed al catrame che in generale dànno buoni effetti quando non intervengano intensi fenomeni reattivi.

Per esempio:

Solfo precipitato . . . gr. uno
Resorcina. . . . . gr. mezzo-uno
Vaselina . . . . . gr. trenta

oppure:

Olio di Cade . . . gr. cinque
Olio di betulla. . . |
Ittiolo . . . . . . | ana gr. uno
Resorcina . . . . . |
Vaselina . . . . . . gr. quindici
Lanolina. . . . . . gr. dieci

(Sabouraud).

V. MONTESANO.

VARIA.

Il tank antitubercolare. — L'Istituto Rockefeller di Baltimora ha organizzato in Francia una attivissima campagna antitubercolare.

Essa viene compiuta per mezzo di esposizioni e di cinematografie: gli apparecchi, gli annunzi, l'operatore cinematografico, sono trasportati da furgoni automobili o da tanks.

Qualche giorno prima dell'arrivo in una città od in un villaggio, un delegato della fondazione si reca a visitare le autorità municipali, prefettizie, militari, religiose, eventualmente le redazioni dei giornali, ecc., e mostra il suo album, in cui sono consegnate notizie sulle riunioni già tenute e sono raccolte le adesioni. Il sindaco, o chi per lui, trova il locale. Subito dopo i muri di tutto l'abitato vengono coperti di manifesti degni di Barnum e di Buffalo Bill: colossali, stravaganti, alcuni comici, per lo più a molti colori, costringono a farsi osservare ed a scorrere le leggende: il pubblico fa circolo, commenta, ride, si istruisce.

Intanto il treno scarica un conferenziere, una conferenziera, una « dimostratrice ».

Da ultimo giunge il furgone. Il cinema viene subito installato ed aperto: lo spettacolo comprende films d'arte, films comiche, scene infantili..... È completato da quadri dimostrativi. L'ingresso è gratuito.

Migliaia e migliaia di persone entrano, si divertono, apprendono ed escono un po' meglio agguerrite contro la «peste bianca».

I direttori del dipartimento internazionale di igiene della fondazione Rockefeller dicono coi loro manifesti e coi loro cinematografi:

«Le conquiste del laboratorio noi le propaghiamo mercè gli spettacoli. E coloro che avranno visto non potranno dimenticare.

A noi Buffalo e Barnum, a noi i manifesti, le mostre vistose, le *films,* il circo!

Favoriscano, signore e signori! Voi donavate la vostra clientela al ciarlatanismo, perchè esso solo aveva dei palciscenici. Noi glieli abbiamo presi e li facciamo calcare dalla scienza. Voi cominciavate a pensare alla tubercolosi dopo che essa vi aveva invasi. Noi vi faremo pensare ad essa di continuo, affinchè vi difendiate dai suoi attacchi. Voi chiamate i medici quando siete malati; noi vi metteremo in grado di fare a meno dei medici.

Il sapere è nulla, senza il sapere profittarne.

Avanti, favoriscano! Non paga nessuno, nè civili nè militari, nè ragazzi nè adulti, nè uomini nè donne. Il signor Rochefeller paga per tutti.

Lasciate venire a noi i piccoli, giacchè noi abbiamo messo la medicina a loro portata.

Entrate e diteci ciò che preferite: il cinema o l'ospedale? Il nostro cinema vi salva dall'ospedale.

Noi facciamo la *rèclame* alla salute!».

Dal *Matin.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

E. BORDET. *Radiographies de l'adulte normal.* — Atlas de 20 Planches. A Maloine et Fils. Paris, 1918.

Oggi l'interpretazione delle radiografie è entrata nella pratica del medico esercente, il quale si trova sempre avanti a problemi d'indagine radiologica; era quindi indispensabile la pubblicazione di tavole che facilitassero l'interpretazione delle radiografie ossee. A questo bisogno ha corrisposto il lavoro del Bordet, la cui autorità in materia radiologica costituisce la migliore raccomandazione del lavoro. Si tratta di 20 tavole riprodotte a grandezza naturale per poter facilitare il confronto con i clichés radiografici.

Il lavoro è preceduto da nozioni sommarie di tecnica radiografica e dalle nozioni indispensabili per l'interpretazione della radiografia. Per ogni radiografia esistono note di tecnica, sicchè l'atlante può considerarsi anche una guida per chi voglia iniziarsi all'indagine radiologica. Per ogni távola esiste una dettagliata spiegazione.

Va speciale merito alla Casa editrice che ha saputo in un periodo così difficile per l'arte fotografica, fornirci un lavoro oltre che pratico anche di valore artistico. P. A.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per il dopo guerra del Corpo sanitario militare.

L'articolo firmato V. (certamente di un medico), pubblicato nel fascicolo 9 di questo giornale, merita una risposta breve, per quanto sarà possibile.

Innanzi tutto la nota a firma X., inserita nel fascicolo 4, dice per quali motivi non sia *prematura* qualsiasi discussione sul tema della organizzazione futura del Corpo sanitario militare.

Gli eserciti resteranno: lo dice lo stesso collega V., che parla di guerre nell'avvenire; è detto nello schema dello Statuto della Società delle Nazioni; lo dice la natura umana, alla quale si farebbe torto, supponendo che le guerre abbiano a cessare o che, quanto meno, gli uomini smettano di affilare le armi sia pure per vivere in pace, in omaggio al «*si vis pacem para bellum*»: E gli eserciti avranno sempre i loro *impedimenta* che non perciò cesseranno di essere meno indispensabili e vitali. Perchè dunque non occuparci fin da ora della sorte futura di uno di questi *impedimenta*, cioè del Corpo Sanitario militare? E quando si vorrà parlare della sua organizzazione? Forse quando tutto sarà deciso? Mi pare perciò che la discussione sia *tempestiva*, tanto ciò è vero che il collega V. discute.

Dalla prima lettura del suo articolo non si capisce però se egli desideri un corpo sanitario di *capacità tecnica indiscussa* oppure dei medici militari effettivi *il cui vero compito sia principalmente di organizzazione, medico-legale ed amministrativo*.

In ogni modo vi è da osservare che, nella prima ipotesi, il mezzo che il collega V. propone per elevare la cultura dei medici militari effettivi è inattuabile, perchè per inviare *tutti, o pressochè tutti gli ufficiali medici* (quasi coattivamente) a frequentare una *clinica universitaria, secondo le loro aspirazioni, per almeno un biennio* bisognerebbe raddoppiare l'organico; altrimenti parecchi di essi o non andrebbero mai a perfezionarsi o vi andrebbero in età avanzata. Ritengo invece che, senza dispersione di mezzi e di energie, gioverebbe meglio far sì (ed a ciò risponde il progetto da me esposto nel fascicolo 4) che i medici militari entrassero nello esercito già bene preparati: in tale modo — offrendo ad essi condizioni decorose e vantaggiose, quali quelle di primari e di aiuti di ospedali — anzichè mandare gli ufficiali medici alle cliniche si vedrebbero *molti medici venire dalle cliniche nel Corpo sanitario militare!* Nè, al fine della elevazione della cultura, rispondono gli esami di concorso a base di prove (orali e scritte regolarmente!) che V. propone per le promozioni ai gradi superiori: la pratica quotidiana ci dimostra che i primi in simili esami non sempre sono i primi nella vita. E su quali programmi questi concorsi? Sul solito *imparaticcio* del farraginoso programma medico-militare, che speriamo di vedere abolito? Ed a che pro' tanto lusso di cultura se il collega V. è del parere, dopo tutto, che nell'esercito non occorrano medici di grande competenza tecnica e che *agli ufficiali medici effettivi dovrebbe essere affidato il compito, in generale, di organizzazione, di amministrazione e medico-legale?*

Quale sarebbe poi il risultato utile di perfezionamenti e di concorsi dal momento che i medici militari effettivi — secondo le idee di V. — dovrebbero essere continuamente in moto per rendere possibile sia il turno dei colleghi alle cliniche universitarie sia la rotazione fra le buone e le cattive residenze? Addio cultura e, peggio ancora, pratica clinica! E su ciò è perfettamente d'accordo lo stesso V. perchè egli ha scritto: «*a tutti è nota la difficoltà di tenere convenientemente dietro ai progressi della scienza se non si ha modo di proficuamente studiare*». Verissimo! Io aggiungo: «*a tutti è nota la difficoltà di restare medico, quando si perda il contatto con gli ammalati*». Non sarebbe forse preferibile restare allo *stato quo ante bellum?*

Ma fermiamoci un po' sulle mansioni degli ufficiali medici effettivi. Il collega V. le restringe alla organizzazione, alla amministrazione ed alla medicina legale. Io penso invece che il compito dell'ufficiale medico debba essere principalmente *tecnico*. Infatti, a parte le eventuali mansioni amministrative, delle quali dirò in seguito, il medico militare esplica opera eminentemente tecnica quando — e ciò avviene quasi esclusivamente in guerra e generalmente pei soli gradi di ufficiale superiore — *organizza ospedali* ed altri congegni sanitari. Come mai si può organizzare senza sapere? Tanto più che quasi sempre organizza chi poi dovrà *dirigere*. Ne abbiamo avuto la prova durante questi quattro anni di guerra: i migliori organizzatori sono stati quelli che più sapevano ed essi hanno organizzato e diretto tanto meglio quando sono stati chiamati *nelle partite che più conoscevano*. Come può organizzare bene p. e. un servizio oftalmico un ortopedico e viceversa? E lo stesso accade per gli ospedali, *così detti generici*: gli ufficiali medici effettivi come quelli di complemento, reclutati fra i medici civili, che mai avevano *organizzato*, hanno risposto quasi sempre in ragione della loro cultura tecnica nel costituire e nel dirigere le varie unità ospedaliere.

Gli organizzatori (termine del quale si è abusato un po' troppo durante la guerra per esal-

tare valori e per scusare deficienze) debbono avere uno speciale temperamento. E sotto questo punto di vista potrei convenire col collega V. che insieme con la indispensabile cultura debbano essere richiesti negli ufficiali medici effettivi alcuni requisiti di natura prevalentemente fisica. Dove il dissenso fra noi è profondo si è circa il *medico legale*. Non bastano più *l'attività, l'energia, la resistenza, l'occhio, il saper fare, il saper sfruttare, il sapersi arrangiare*. La medicina legale militare (non parlo di quella che si fa sui documenti in commissioni ed in uffici, in grado di appello, e che deve esprimere il giudizio conclusivo, anche esso difficilissimo, su pareri precedentemente espressi) è opera di tecnici, quando si fa negli ospedali, nei reparti di osservazione, dove il parere dev'essere emesso in base all'esame diretto dell'individuo malato e, peggio ancora, non malato. Per dare simili giudizi occorrono medici specializzati: guai, per l'esattezza e per la serietà dei giudizi, se in quei reparti, un medico legale generico — *di non grande competenza tecnica* — giudica e manda da solo!

Quanto alle qualità di amministratori pochi medici le posseggono in modo precipuo e l'esperienza ha dimostrato che nelle cariche direttive, nelle quali solamente si hanno responsabilità amministrative, nella direzione di reparti di infermi queste sono nulle o minime, perchè basta saper vigilare, fidarsi ed in qualche caso confidare col buon Dio per cavarsela! In generale chi amministra molto è costretto a fare poco dal lato tecnico; e viceversa. Ed affermo inoltre che la quasi totalità degli ufficiali medici effettivi o di complemento, non ha mai studiato a fondo il regolamento di amministrazione. Quindi neanche per amministrare si fa una preparazione. Sono d'accordo col collega V. che il Corpo sanitario militare, fatto per la guerra, debba esservi preparato. Mira anche a ciò il progetto esposto nel fascicolo 4, per cui in caso di guerra si troverebbero pronti ed allenati da una parte gli organi sanitari addetti ai corpi, dal medico di battaglione al capo ufficio di sanità, e dall'altra gli ufficiali medici degli ospedali per le singole specialità. Gli uni e gli altri rappresenterebbero semplici nuclei, si intende, del grande organismo che richiede la guerra.

Ma in quale modo bisogna prepararsi? Secondo me — la migliore e più necessaria preparazione si è quella di perfezionarci nella nostra arte. Abbiamo visto come ciò serva a far disimpegnare le altre mansioni eventuali, come l'organizzazione, la quale richiede improvvisazione, e gli speciali compiti medico-legali. L'ufficiale deve fare il medico specialmente e deve tendere ad acquistare quella competenza tecnica che non si può improvvisare, che non ha scuse nè attenuanti quando manca — come l'ignoranza dei regolamenti di amministrazione — e che è reclamata, sopratutto, in pace ed in guerra, dalla tutela della salute dei militari! Nè bisogna dimenticare che il medico deve essere preparato sempre a combattere nemici infinitamente piccoli ma altrettanto insidiosi e temibili: e questi non risparmiano le truppe, in pace ed in guerra. Occorre dunque che gli ufficiali medici effettivi facciano specialmente i medici, cioè i chirurgi, gli igienisti, i batteriologi, gli oculisti, ecc., aiutati e completati dai colleghi richiamati dal congedo, quando occorra. La pace poi — è da augurarselo cón o senza la Società delle Nazioni — durerà più a lungo dei periodi di guerra. A che cosa si preparerebbero in tanti anni i medici militari effettivi? A mio modesto parere essi debbono prepararsi a costituire l'ossatura di quello che può divenire per la guerra un mastodontico organismo sanitario, come quello che abbiamo visto funzionare e nel quale gli ufficiali medici effettivi debbono rappresentare gran parte del cervello e del midollo spinale!

Ma si ha di più: il medico militare effettivo deve sentire e compiere una missione civile, altamente sociale, sia nel selezionare gli individui (ecco la medicina legale militare in tutte le sue enormi esigenze e difficoltà d'indole puramente tecnica) sia nel custodire la salute della parte migliore della nazione. Nè si vorrà negare che i militari, in pace come in guerra, vadano soggetti a malattie di tutti gli organi ed apparecchi che secondo le conquiste della moderna medicina debbono essere curati da specialisti: — chè se il gruppo dei morbi, per lo più acuti, ai quali vanno soggetti i militari — giovani e selezionati — non comprende tutta la patologia, questo è un danno ed un pericolo per la cultura degli ufficiali medici: bisogna rimediarvi appunto con l'esercizio professionale fra le popolazioni civili, esercizio dal quale essi trarrebbero con una adeguata rimunerazione (a parziale sgravio dell'erario) stimolo allo studio ed al progressivo miglioramento che esplicherebbero poi a vantaggio dei militari infermi. Ciò è tanto più necessario perchè il medico militare effettivo ha un compito che non si limita alla cura dei soli militari di truppa, individui intorno ai venti anni, ma che si estende agli ufficiali, ai sottufficiali ed alle rispettive famiglie, al servizio nelle colonie, alle visite fiscali sugli impiegati presso alcune amministrazioni dello Stato ed alle innumerevoli missioni fra le popolazioni civili; mansioni che si applicano su individui di ogni età e di ambo i sessi e che i medici

militari sono chiamati a disimpegnare così in pace come in guerra.

E per fare tutto ciò con coscienza non occorrono tecnici, che abbiano lunga preparazione e grande competenza?

Io credo che su ciò sia inutile insistere: è una necessità riconosciuta ed una prova già fatta e superata, specie durante l'attuale guerra che ha dimostrato la grande importanza del Corpo sanitario militare come corpo eminentemente *tecnico*.

E veniamo ai *privilegi proposti per gli ufficiali medici ospedalieri.*

Innanzi tutto non mi pare *privilegio* conquistare e conservare, per concorso, un posto specie poi quando i requisiti richiesti mirano a salvaguardare la salute della collettività militare, che rappresenta la forza e l'avvenire della Nazione. Nessuno ha parlato di privilegi quando si sono costituiti i ruoli tecnici di artiglieria, prescegliendo, dopo semplici corsi di perfezionamento, ufficiali dell'arma, destinati a stabilimenti, con una quasi inamovibilità, e con una rimunerazione di un paio di migliaia di lire in più sullo stipendio dei loro colleghi della accademia militare e dovrebbe apparire *privilegio* per gli ufficiali medici *vincere per concorso* un posto in un ospedale militare con una retribuzione inferiore a quella dei pari grado addetti ai corpi di truppa!?

Ma a questa stregua tutto è privilegio: conquistare una cattedra universitaria come una condotta! A me pare che, dovendo porre rimedio agli inconvenienti che lo stesso collega V. riconosce per una gran parte del Corpo sanitario, la quale non può tener dietro ai progressi della scienza, e volendo, d'altra parte, distribuire equamente residenze e cariche, il mezzo sia uno, quello che si pratica nella vita attuale, eminentemente dinamica: *che ognuno si conquisti il suo posto al sole e se lo conservi difendendolo con lo studio e col lavoro.*

Il criterio di giudizio dovrà essere il solito, che se non è perfetto, è meno fallace di qualsiasi altro: *concorsi.* Con la *inamovibilità* di coloro che sapranno conquistarsi un buon posto si avrà nell'Esercito un maggior numero di buoni medici, si aiuterà il governo a pagarli, perchè altrimenti nessuno stipendio basterebbe a soddisfare le giuste pretese (si pensi che mentre altri professionisti ed ufficiali hanno adeguate indennità — agli ufficiali medici si elargiscono 70 centesimi al giorno in media per la laurea!) e sopratutto si salvaguarderà la salute del soldato e per riflesso la salute pubblica.

Tutto ciò non costituirebbe certo un vantaggio per la categoria dei medici militari ospedalieri. Sono certo anzi che se dovesse attuarsi qualche cosa di simile a ciò che ho proposto, si vedrebbero non pochi giovani e valorosi medici preferire la vita dei reggimenti con un maggiore e più sicuro emolumento senza correre dietro ai clienti — a quella degli ospedali militari. — Non è forse questa la ragione per la quale ottimi professionisti preferiscono le carriere militari o civili, al libero ed incerto arringo professionale?

Nè, d'altra parte, divenire medico addetto alle truppe dovrebbe essere cosa facile, e da ottenersi senza concorso. Questa classe dovrebbe avere condizioni di stipendio *vantaggiose* in relazione alla mobilità, alla quale sarebbe soggetta. Mobilità che però si può prevedere molto ridotta se si consideri la tendenza, già affermatasi prima della guerra, a far pochi e rari trasferimenti di corpi e se si istituissero i medici di brigata e di divisione. Questi ultimi poi sarebbero inamovibili come i Comandi ai quali sarebbero addetti. Per la massima parte dei medici addetti ai Corpi diverrebbe quindi possibile l'esercizio professionale. Quali dunque i maggiori privilegi per i medici militari ospedalieri? E finisco con poche parole sulla *carriera.*

Ho detto: ruoli possibilmente distinti fino al grado di tenente colonnello (primario di ospedale o medico capo di brigata o di divisione) convergenti nei gradi più alti.

Ho esposto le ragioni di tale iniziale distinzione e della necessità di unire in seguito, dal grado di colonnello in su, le due categorie dei medici militari. Il collega V. pensa che i gradi elevati, direttivi, sarebbero presi d'assalto dai medici ospedalieri e di ciò si preoccupa in vista della maggiore facilità che essi avrebbero di conquistarli in base ai titoli, in confronto dei medici dei Corpi. Io penso invece l'opposto. la *inamovibilità, l'esercizio della professione fra la popolazione civile, la facoltà di rinunziare alle promozioni per non allontanarsi dalla sede preferita* porterebbero alla conseguenza che la maggior parte dei medici ospedalieri rinunzierebbe alla carriera, certamente meno rimunerativa di una buona clientela. E da ciò deriverebbe, senza dubbio, un notevole vantaggio di carriera specialmente per i medici addetti ai Corpi.

Come ho già detto, finchè non si troverà un altro mezzo (e non pare che esista) per misurare il valore intellettuale degli uomini, bisognerà servirsi del criterio dei concorsi.

Non è il caso di scendere qui in dettagli sul peso da dare ai titoli nella bilancia della giustizia; ma opino che per giudicare della capacità a dirigere (ospedali, direzioni di sanità, ecc.) dovrebbe costituire un titolo di gran lunga superiore un ottimo curriculum di vita reggimenta-

le, con servizio nelle infermerie di Corpo, ecc., in confronto di lavori sieno pure scientifici ma che con la direzione di servizi e di unità sanitarie non hanno attinenza. E soggiungo che gli esami dovrebbero non essere quelli di cui tutti sappiamo il valore e di cui ognuno sà ciò che gliene è rimasto per la pratica e per la vita! Eppoi esami a cinquant'anni o più!? Siano esami dell'opera e della vita sopratutto d'un professionista magari sulla base di una scelta rigorosissima ma fatta da commissioni miste di medici ospedalieri, di medici addetti ai Corpi e meglio ancora di elementi universitari, che diano affidamento di pareri basati non su interessi individuali, ma su sommo interesse della salute pubblica!

Ma non è qui il caso di parlare di dettagli: a me preme di far notare che in tutto questo programma abbozzato per creare un corpo di medici addetti agli ospedali e ai corpi di truppa non vi sia nessun germe di casta chiusa e nessuna ambizione di carriera, anzi lo scopo precipuo che si raggiungerebbe sarebbe proprio quello di non fare del corpo sanitario una casta chiusa: fatto che ha tanto nociuto alla sua riputazione.

Niente più aperto di così all'attività dei medici che intendano di entrare e di rimanere a far parte del Corpo sanitario militare, *disputandosi le cariche e le residenze* nel modo più nobile e più dignitoso!

Per gli ufficiali medici che sono già in carriera e pei quali il collega V. giustamente si preoccupa, non mi pare che dal mio progetto possano derivare danni o mutamenti sostanziali, essendo essi quasi tutti nei gradi superiori mentre una buona parte dei maggiori e tutti i capitani sono relativamente abbastanza giovani da poter essere senza grandi difficoltà inquadrati secondo questo o quel progetto di innovazione, che certamente s'imporrà nel dopo guerra.

Gli anziani potrebbero divenire direttori delle infermerie di presidio, dei servizi divisionali, se si istituissero, o di reparti ospedalieri, secondo le loro tendenze e sarebbero egualmente inamovibili e possibilmente tutti accontentati nelle giuste aspirazioni, alle quali hanno acquistato pieno diritto, dopo tante rinunzie e sì grandi sacrifici.

Ringrazio il collega V. di avermi dato modo col suo articolo di meglio chiarire alcune mie idee espresse sommariamente nella nota inserita nel fascicolo quarto di questo giornale.

Nota che la Redazione si è compiaciuta di apprezzare favorevolmente e di ciò Le rendo grazie assicurandola che, per questo argomento, non profitterò più dello spazio del *Policlinico*.

E concludo con una domanda: Che cosa avviene di colui che si ostini a stare fermo o, peggio ancora, ad andare a ritroso tra una folla che lo prema da tutte le parti e che corra in una data direzione?

Il Corpo sanitario, durante questi quattro anni di guerra, ha fatto, mercè il sapiente ed energico impulso della Direzione Generale di Sanità Militare, il cammino necessario per mettersi alla pari di qualsiasi organizzazione sanitaria civile. Ora non può nè stare fermo nè tornare indietro; dovrà camminare o correre con gli altri verso la comune meta; ciò potrà fare distribuendo e dividendo bene, con concetti moderni ed indispensabili, il carico del suo lavoro; altrimenti la sua sorte sarà quella prospettata nella immagine precedente.

X.

Cronaca del movimento professionale.

Unione Nazionale dei medici italiani. Sezione Laziale.

Ad iniziativa del dott. Gian Luca Lucangeli era stata indetta un'adunanza di aderenti della città di Roma e della provincia, allo scopo di addivenire alla istituzione di una Sezione Laziale dell'Unione.

Il convegno, che doveva aver luogo il 25 marzo u. s., è stato rimandato al 12 aprile. Si terrà nella sede dell'Ordine dei medici (Foro Traiano 1), alle ore 21.

Si procederà alla costituzione di un *Comitato organizzatore*; verrà anche preparato un *Convegno dei medici smobilitati*, il quale avrà lo scopo di trattare i comuni interessi morali, professionali ed economici.

Si fa viva premura agli aderenti di non mancare.

Ricordiamo il nobilissimo programma dell'Unione, il quale s'informa a intendimenti sociali e patriottici:

« L'Unione Nazionale dei Medici Italiani è il fascio delle forze mediche dirette alla elevazione morale della classe, alla formazione del sentimento e del carattere nazionale del popolo e ad una più degna vita politica del Paese ».

Per l'equo trattamento degli studenti di medicina.

In rapporto alla differenza di trattamento fatto ai militari studenti in medicina in confronto di quelli appartenenti ad altre armi — di che ci occupammo nello scorso numero — sono stati presi provvedimenti diretti ad eliminare la ingiustificata sperequazione.

La Direzione generale di sanità militare ha disposto che gli aspiranti medici inviati in licenza straordinaria di sei mesi quali studenti di medi-

cina potranno a loro richiesta — anche verbale — ottenere il richiamo in servizio anche prima della scadenza dei sei mesi godendo i benefici stabiliti per gli ufficiali delle altre armi, che siano studenti, secondo la circolare ministeriale del 20 marzo u. s.

Un analogo trattamento è esteso agli studenti di medicina che fanno parte della truppa di sanità e già inviati in licenza straordinaria. Essi verranno richiamati presso le Compagnie di sanità nelle sedi delle Università cui sono iscritti, godendo le facilitazioni stabilite per gli ufficiali e aspiranti studenti. Resta inteso che saranno lasciati in licenza straordinaria senza assegni gli studenti in medicina sia aspiranti che militari di truppa, i quali non chiedano riassunzione in servizio.

La facoltà del richiamo in servizio è devoluta alle rispettive Direzioni di sanità territoriali senza intervento del Ministero al quale saranno trasmessi i soli eventuali reclami e gli elenchi nominativi dei richiamati.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7676) *Pensioni.* — Dott. V. C. da A. Con 56 anni di età e 25 di servizio utile si liquida l'annua pensione di lire 954; con 60 anni di età e 30 di servizio utile, si liquida la pensione di annue lire 1552.

(7677) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. T. da T. Il Decreto Luogotenenziale con cui si fa obbligo ai Comuni di concedere l'indennità caro-viveri ai propri impiegati nella medesima misura stabilita per il personale dipendente dallo Stato è in corso di pubblicazione. Pare debba portare la data del 9 marzo. Come comprenderà non è possibile pretendere la detta indennità dal Comune se prima la pubblicazione del Decreto non sia avvenuta.

(7678) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. Z. da P. Il Comune ove presta servizio a scavalco deve concorrere con quello ove è titolare stabile nel corrisponderle la indennità caro-viveri a norma del capoverso 3° dell'art. 1 del D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181.

(7679) *Pensioni - Infermità contratta per ragione od a causa di servizio.* — Dott. F. S. da V. S. M. Alle condizioni di età e di servizio esposte, tenuto conto della infermità contratta per ragione od a causa di servizio, liquiderà la pensione minima di lire 900. Ma la cassa non sarà tenuta a pagare per proprio conto che l'assegno determinato con le norme comuni, cioè solamente lire 866, mentre la rimanente parte di pensione verrà posta a carico degli enti presso cui si è prestato servizio. Per dimostrare che la infermità fu contratta in servizio od a causa del medesimo occorre unire alla domanda, oltre agli altri documenti, un certificato medico in seguito a visita collegiale presieduta dal medico provinciale con l'intervento di due medici militari in attività di servizio. In detto certificato deve essere minutamente descritta l'indole della malattia, le cause che la produssero e le conseguenze che ne derivarono e deve essersi esplicitamente dichiarato, se, a giudizio, dei sanitari medesimi, in conseguenza di tale infermità il medico sia divenuto inabile a prestare ulteriore servizio.

(7681) *Pensioni privilegiate di guerra.* — Dott. F. M. da V. In virtù del D. L. del 15 marzo 1917, n. 487, ai genitori indigenti di militare dichiarato irreperibile spetta, a titoli di alimenti, una quota della pensione liquidata alla vedova che, in ogni caso, non può eccedere il terzo.

(7682) *Pensioni.* — Dott. R. G. da S. B. Il periodo utile per la pensione decorre per Lei dal dì che ebbe la nomina stabile e, cioè, dallo aprile 1896. A fine aprile prossimo compie, quindi 23 anni di servizio interamente computabili. Occorre che compia un altro anno, sei mesi ed un giorno di servizio e che attenda per conseguenza fino al 1° di novembre del 1920. In tale epoca con 52 anni di età liquiderà la somma annua di lire 841.

(7683) *Prestazioni ospedaliere - Pagamento.* — Dott. R. C. da M. Il militare in licenza per infermità ricoverato d'urgenza in ospedale civile per essere operato, dopo guarito ha il dovere di pagare la retta ospedaliera ed il debito inerente alla cura, giacchè egli è stato ricoverato nel nosocomio come borghese e non come militare e ciò per due ragioni e, cioè, in primo luogo perchè egli trovavasi in licenza di convalescenza e, quindi, sottratto per la durata di questa da ogni vincolo verso l'autorità militare ed in secondo luogo perchè se fosse stato militare avrebbe dovuto essere ricevuto in ospedale militare e non civile. civile.

(7684) *Pensioni.* — Dott. L. T. da G. Alle condizioni esposte liquiderà l'annua pensione di lire 2060.

(7685) *Prestazioni professionali.* — Dott. C. G. da C. Per ottenere il compenso dovuto per le prestazioni professionali accennate nel quesito è opportuno rivolgere analoga istanza al Ministero della Guerra.

(7687) *Indennità di cavalcatura.* — Dott. G. B. D. da R. Non poteva il Consiglio superiore di Sanità accordare la indennità di lire 1500 ai medici condotti per il mantenimento della cavalcatura e farne obbligo ai Comuni. Avrà potuto esprimere un suo prudenziale criterio, te-

nuto conto dei prezzi elevati del momento, che rendono difficile l'adempimento di tale obbligo.

Ma ciò non può costituire materia di ricorso alla G. P. A. tanto più se l'assegno per la cavalcatura era indicato nel suo ammontare nello avviso di concorso o nel contratto o capitolato di nomina. Qualora Ella creda esigua la somma fissata dal Comune avanzi nuova domanda di aumento al Consiglio comunale dimostrando come riesca assolutamente impossibile provvedere al mantenimento della cavalcatura con la somma assegnata, di sole lire 500 annue.

(7688) *Indennità di missione per gli ufficiali sanitari.* — Dott. S. D'A. da I. L'articolo 86 del regolamento generale sanitario dichiara che agli ufficiali sanitarii che d'ordine della competente autorità eseguiscono nello interesse della pubblica salute visite ed ispezioni fuori della propria residenza spettano i compensi per spese di viaggio e di soggiorno stabiliti per gli impiegati dello Stato dal R. D. 14 settembre 1867 n. 840. Ora, siccome per gli impiegati dello Stato ha cessato di aver vigore il precitato Decreto, è chiaro che deve essere applicato agli ufficiali sanitari quel nuovo Decreto che, in luogo di quello del 1862, viene applicato agli impegati dello Stato, tanto più che questo, che porta la data del 14 settembre ultimo n. 1311, nel suo articolo 23, abroga tutte le disposizioni precedenti ad esso contrarie.

Pertanto all'ufficiale sanitario in missione fuori della propria residenza compete la diaria di lire 15, se ha indennità non superiore alle lire 4325, il rimborso delle spese di viaggio in seconda classe, oltre due decimi sull'effettivo costo del biglietto ferroviario, e l'indennità chilometrica di centesimi 75 sulle vie ordinarie.

(7690) *Pensioni - interruzione di servizio.* — Dott. L. C. da C. di R. Le interruzioni di servizio non fanno perdere il diritto alla pensione, ma solamente prolungano il periodo utile per conseguirla, in quanto che da questo deve sottrarsi tanto tempo per quanto è durata la sospensione. Se durante la interruzione di servizio da titolare di condotta si seguita a pagare il contributo prescritto da semplice interino, anche l'interinato è computato nel periodo necessario per conseguire il diritto alla pensione, ma, però, questa viene liquidata in base alla durata del servizio effettivamente prestato come titolare. Non vale pagare nel frattempo, oltre il contributo proprio, anche quello di spettanza della amministrazione municipale. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 2250: Come già altra volta si è accennato l'indennità di 25 lire al giorno venne conferita dal Ministero dell'Interno a quei medici militari che furono messi *direttamente* a sua disposizione per la lotta contro l'influenza.

Il suo caso è un po' diverso poichè non fu il Ministero dell'Interno che lo assunse in servizio, ma fu la Direzione di Sanità che le ordinò per proprio conto di coadiuvare i medici civili nella lotta anti-influenzale.

Sta di fatto che Ella in fondo ha prestato lo stesso servizio dei suoi colleghi messi direttamente a disposizione del Ministero dell'interno, ma le disposizioni sancite dalle circolari ministeriali sono molto restrittive su tale argomento e quindi ritengo sarebbe utile che Ella presentasse un reclamo al Ministero circostanziando il servizio prestato e le ragioni che le fanno ritenere di aver diritto all'indennità speciale.

All'abb. n. 10214:

L'anzianità delle promozioni dei tenenti a capitano è ferma al 1° maggio 1916, quindi Ella non si trova ancora nei limiti di anzianità per poter venire proposto per l'avanzamento, il che le potrà spettare, a norma dell'art. 1 del Decreto Luogotenenziale 20 novembre 1916, n. 1652, quando i limiti di anzianità per la promozione saranno spostati al maggio 1917.

La nomina a capitano di complemento per aver compiuti 15 anni di esercizio professionale, a cui Ella accenna, è una speciale forma di conferimento di grado *per titoli* alla quale non le converrebbe certo aspirare, data la sua età, e l'esser laureato da pochi anni.

All'abb. n. 1380:

Ella può sempre far domanda di passaggio nella milizia superati i 52 anni di età.

Si osserva però che, anche rimanendo nella riserva, potrebbe conseguire un'ulteriore promozione purchè proposto per *distinzioni speciali*: Art. 5 del Decreto 20 novembre 1916.

Al prof. E. R., da N.:

Le promozioni dei tenenti medici sono arrivate all'anzianità di tutto il 1° maggio 1916. Circa il decreto del quale vuol conoscere il 1° articolo occorre che Ella oltre il numero, ne specifichi anche l'anno.

Al dott. V. V. da P.:

Ella ha diritto a due mensilità di stipendio, oltre l'indennità vestiario.

Al dott. P. V. da S.:

Nessun dubbio che le competano le indennità stabilite dal decreto Luogotenenziale del gennaio 1919 e cioè oltre i tre mesi di stipendio anche L. 250 per il vestiario. M. G.

Ai dottori V. V. da P. e L. B. da N.:

Nell'Università di Roma non si terrà un corso per ufficiali sanitari durante questo anno.

Non ci risulta che se ne terranno altrove.

R. B.

CONDOTTE E CONCORSI.

Giovane medico Trentino con pratica ospitaliera cerca condotta nell'Alta Italia.

Indirizzo: Dott. Leonardo Trotter, Cernusco sul Naviglio (Milano).

Si richiede un medico, che accetti la condotta di Miglierina (Prov. di Catanzaro). Stipendio annuo di lire 4000. Il paese dista dalla stazione appena sei chilometri di strada carrozzabile, e dal capoluogo venti minuti di ferrovia. L'aria e l'acqua sono ottime. Non vi sono frazioni, nè case sparse in campagna.

Per informazioni rivolgersi al Sindaco del Comune.

L'Amministrazione dell'Ospedale Italiano di Lugano apre il concorso al posto di Direttore medico dell'Istituto. Scadenza 30 aprile corr. Capitolato ostensibile presso la Segreteria dell'Ospedale Italiano di Lugano (Viganello).

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

ORDINE CIVILE DI SAVOIA.

In sostituzione del compianto sen. prof. Francesco Todaro è stato nominato consigliere nell'Ordine il sen. prof. Francesco Durante.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Ufficiale: Prof. Teodoro D'Evant, Napoli.
Cavaliere: Dott. Ettore Gardi, Luzzi (Cosenza).

CROCE DI GUERRA.

Dottor Guido Giuso, capitano medico; dott. Luigi Pierangeli, tenente medico.

Appello alla pietà delle famiglie dei medici.

Sottoscrizione per una giovanetta orfana di un medico:

Riporto (come dal precedente fasc. 13).	L.	1716
Dalla Sezione di Spezia dell'Associazione Nazionale Medici condotti a mezzo del cassiere dott. Enrico Vinciguerra	»	55
Dott. L. Moncalvi « *per ringraziamento al dott. Domenico Sironi* » (Cornate)	»	25
Dott. Alberto Zanotti (Vercelli) . . .	»	10
Signorine Wanda e Wilma Galdieri (Galluccio)	»	10
Dott. Salvatore Verderamo (Brindisi) .	»	10
Signora Maria Figini (Sanremo) . .	»	10
Signora Juanita Alberici Sbrozzi (Orciano di Pesaro)	»	10
Signora Nella Pergola (Mantova) . . .	»	10
Dott. cav. Domenico Carlini (Avigliana)	»	5
Signora Maria Mimiola (Quinto di Treviso)	»	5
Signora Teresa Orlando (Palermo) . .	»	5
Dott. Gildo Lambertenghi (Grosotto) .	»	5
Signora Maria Prata (Pavia)	»	5
Dott. Nino Torlaschi (Zona di guerra)	»	5
Prof. Luigi Guerra Coppioli (Firenze)	»	10
Dottor Filippo Iannetti (Villa Penna).	»	10
Cap. medico dottor Guido Simoncelli (Derna)	»	5
Signora Elvira Grandi (Pesaro) . . .	»	5
Dott. Domenico Roggeri (La Plata) . .	»	20
A riportare . . .	L.	1936

COLTURA SUPERIORE.

Istituzione di corsi d'integrazione.

Con decreto luogotenenziale sono istituiti nelle Università del Regno « corsi d'integrazione » per i laureati e studenti in medicina.

Tali corsi comprendono le materie fondamentali della cultura professionale, e non saranno la ripetizione di quelli universitarî: nello spirito dell'istituzione è il bisogno di riparare in maniera completa, se pur rapida, a tutte quelle deficienze, che sono state frutto inevitabile delle difficoltà del tempo di guerra.

Speciali facilitazioni e dispense furono accordate durante questi quattro ultimi anni agli studenti; ogni lacuna può e deve essere colmata, perchè i giovani che tornano dall'aver compiuto il dovere con sacrificio, portino una utile competenza nell'esercizio della libera professione.

I corsi d'integrazione saranno iniziati al più presto, avranno la durata di quattro semestri scolastici, in maniera che tutti, studenti e laureati di guerra, possano trovare un conveniente ausilio a completamento della loro coltura.

Saranno ammessi a frequentare un corso di integrazione i laureati che hanno passato sotto le armi soltanto il sesto anno di medicina.

Essi saranno assunti come allievi interni di Clinica medica, di Clinica chirurgica, e di Clinica ostetrica; dove potranno acquistare frequentando le corsie dei malati e gli ambulatori, quelle nozioni di pratica corrente, tanto necessarie a chi entri nuovo nelle difficoltà della libera professione.

Avranno diritto a due semestri di integrazione i laureati che hanno passato sotto le armi il 5° e il 6° anno di medicina; uno dei semestri sarà dedicato come interni di clinica medica chirurgica e ostetrica, l'altro alle cliniche speciali e alle esercitazioni di anatomia patologica.

Rispettivamente tre semestri e quattro semestri d'integrazione saranno accordati ai laureati che hanno passato gli ultimi tre o quattro anni sotto le armi; ripeteranno le esercitazioni pratiche di medicina operatoria, di anatomia topografica, di anatomia patologica, d'igiene.

Anche gli aspiranti medici non ancora laureati con quattro anni di servizio militare avranno diritto a quattro corsi d'integrazione, prima di presentarsi alla laurea.

Quegli aspiranti che dopo 3 o 4 anni di servizio militare si trovassero inscritti al 5° anno di medicina avranno diritto a due corsi di integrazione.

Gli studenti del 3° o del 4° anno di medicina avranno diritto ad essere inscritti come allievi

interni in quei laboratori dove volessero fare esercitazioni.

Le domande si devono indirizzare alla segreteria universitaria.

I corsi d'integrazione sono facoltativi; ma questa previggenza del nostro governo troverà volenterosi i nostri giovani, i quali ripareranno con entusiasmo alla « sublime colpa » degli studi di guerra.

MEDICINA SOCIALE.

L'assistenza ai lattanti legittimi ed illegittimi.

Una importante seduta della sezione romana della Società di Pediatria.

Nell'aula della R. Clinica Pediatrica al nostro Policlinico domenica si è riunita la Sezione romana della Società Italiana di Pediatria per discutere importanti argomenti riguardanti la assistenza dei bambini lattanti legittimi a Roma, l'assistenza degli illegittimi e la questione della cattiva qualità del latte del commercio che tanto danno arreca alla salute dei bambini specie ammalati.

Presiedeva l'illustre prof. Luigi Concetti ed erano presenti i soci, prof.ri Spolverini, Valagussa, Modigliani, De Villa, Santangelo, Genoese, Randegger, Sorgente, Flamini, Giordani, Piccinini, Mancini, il prof. Gaifami della Clinica ostetrica, ed il dott. Albini segretario del Brefotrofio di Roma.

Ampia e lunga fu la discussione su ogni tema; il prof. Spolverini con lucida relazione illustrò le condizioni nelle quali si svolge l'assistenza a Roma dei lattanti legittimi, facendo notare l'assenteismo della Congregazione di Carità, e facendo rilevare l'illuminata opera dell'ufficio d'igiene che di recente ha impiantato in diversi rioni della città consultazioni gratute pei lattanti con la promessa che presto altre del genere ne sorgeranno negli altri quartieri popolari.

Lo Spolverini dimostrò la necessità di un ente autonomo che riunisca tutte le opere di assistenza al lattante, ente che dovrebbe essere finanziato da tutti gli istituti di credito e di risparmio e propose in ultimo il seguente ordine del giorno:

« La Sezione romana della Società italiana di Pediatria udita la relazione Spolverini sullo stato attuale del funzionamento dell'assistenza ai lattanti legittimi in Roma, deplorando il pernicioso sistema ora in vigore presso la Congregazione di Carità tenuta per legge a tale assistenza, plaudendo invece all'opera fino ad ora, sia pure in modo limitato, esplicata dall'ufficio d'igiene ed alle prossime iniziative al riguardo promesse, nonchè all'opera dei *laboratori nido*;

fa voti *in via principale* che il sig. Sindaco nello interesse precipuo della cittadinanza, a guisa di altre città d'Italia, si faccia promotore della istituzione di un Consorzio autonomo di tutti gli enti pubblici e privati aventi lo scopo dell'assistenza ai lattanti legittimi (comprese anche la clinica ostetrica e le sale di maternità) affinchè l'opera di tutti non subisca dispersioni dannose ma risulti ben coordinata allo scopo, basata sui principi scientifici oramai noti e posta sotto una unica vigilanza e direzione medica, chiamandovi a contribuire finanziariamente anche i numerosi istituti di credito e di risparmio della città in modo da garentire al più presto oltre il servizio completo di assistenza materiale alla madre ed al bambino in ogni quartiere, anche una educazione igienico-infantile adeguata allo scopo;

in via secondaria che l'autorità tutoria intervenga subito ed energicamente presso la Congregazione di Carità perchè il servizio dell'opera pia baliatico non sia più abbandonato a se stesso, ma venga a somiglianza di altre città eseguito razionalmente e secondo le norme scientifiche ».

Seguì poscia la relazione del prof. Modigliani, che sarebbe lungo riprodurre, sull'assistenza dei lattanti illegittimi a Roma, nella quale l'egregio oratore con cifre e dati di fatto, e con critica stringente e serrata dimostrò tutte le deficienze del nostro Brefotrofio che portano ad una altissima mortalità.

Il Modigliani, che si è largamente occupato anche dell'ultima riforma del Brefotrofio, ha presentato il seguente ordine del giorno approvato all'unanimità dai soci:

« La Sezione romana della Società di Pediatria riunitasi per discutere la questione dell'assistenza alla prima infanzia illegittima in Roma; considerata l'altissima mortalità esistente fra gli esposti lattanti accolti nel Brefotrofio interno, riconosciuto l'alto valore sociale del concetto informatore della riforma, presa cognizione dei risultati ottenuti nel primo anno di attuazione della riforma consistenti nell'aumento notevole dei riconoscimenti e nella diminuzione della mortalità dei lattanti illegittimi affidati alle madri fuori del Brefotrofio, deplorando tuttavia le gravi deficienze con cui la riforma è stata attuata, fa voti che l'autorità tutoria intervenga con tutta l'energia necessaria con l'istituzione di una direzione tecnico-sanitaria responsabile ed indipendente: 1° perchè siano apportati nell'assistenza diretta dei lattanti accolti nel Brefotrofio interno tutti i miglioramenti necessari ad assicurare un indirizzo più razionale ed accurato rispondente alle esigenze della igiene ospedaliera pediatrica moderna; 2° perchè il Brefotrofio integri la riforma con tutte quelle istituzioni sussidiarie atte a facilitare alla madre nutrice il compito della maternità, ad assicurare al bambino una più vigile assistenza morale, sociale, igienico-sanitaria, ad eliminare gli inconvenienti di ordine morale che si sono verificati in conseguenza del modo con cui la riforma è stata finora attuata ».

In ultimo il prof. Valagussa parlò della questione del latte puro da assicurare ai bambini, mentre oggi per la sua cattiva qualità costituisce un danno, presentando il seguente ordine:

« La Società Italiana di Pediatria (Sezione di

Roma) considerando che mai come ora la salute dei bambini è stata minacciata dalla cattiva qualità del latte del commercio e che il regime parlamentare impedirà sempre allo Stato ed ai Comuni di colpire come di dovere e prontamente coloro che con le frodi e le sofisticazioni sul latte minano la salute pubblica, mentre plaude al Comune di Roma per quanto ha fatto di buono per migliorare l'approvvigionamento del latte per la città, fa voti perchè le istituzioni sanitarie di beneficenza, maggiormente interessate nella questione, invitino il Consorzio agrario, prendendo l'esempio di quanto è stato fatto a Genova, ad organizzare l'approvvigionamento e la rivendita del latte per i bambini e per gli ammalati in appositi spacci posti sotto il controllo proprio e dell'ufficio d'igiene del comune in modo da garentire che il latte sia un vero e prezioso alimento e non un mezzo per fare ammalare i bambini e per danneggiare gli ammalati ».

I suddetti voti espressi dalla Sezione romana della Società Italiana di Pediatria saranno presentati al Prefetto ed alla Direzione di Sanità da apposita commissione.

S. A.

NOTIZIE DIVERSE.

Convegno internazionale della C. R.

Si tiene a Cannes il convegno internazionale tra le rappresentanze delle Croci Rosse delle Nazioni alleate, e precisamente dell'America, dell'Inghilterra, dell'Italia, della Francia e del Giappone.

L'Italia vi è rappresentata, oltre che dal presidente della Croce Rossa, senatore conte Frascara, dal sen. Marchiafava, dal sen. Golgi, dal sen. Maragliano, dai professori Giuseppe Bastianelli, Aldo Castellani, Augusto Ducrey, Francesco Valagussa, Camillo Poli, Bartolomeo Gosio e Cesare Baduel. La Duchessa d'Aosta non può recarvisi perchè trattenuta in Italia presso il figliuolo, principe Aimone, non ancora rimessosi dal grave incidente aviatorio accadutogli non molti giorni or sono.

Fanno parte della rappresentanza francese i professori Roux, direttore dell'Istituto Pasteur, Laveran, Widal, Calmette, Rist, Bernard, Courmont, Delille, Pehu, Milian.

Rappresentano l'Inghilterra: Osler, Fletcher, Lyle Commins, Fhillips, Newsholme, Menzies, Ross, Harrison, Leslie Mackenzie, King.

La delegazione americana è costituita da: Welch, Flexner, Biggs, Baldwin, Smith, Rose, Walker, Snow, Swift, Holt, Hamill, Talbot, Farrand, Garvin, Palmer, Lucas, Strong.

Il Giappone è rappresentato da: Inabe, Shiga e Noguchi.

L'iniziativa di questo convegno — indetto quando la pace sta per ristabilirsi nel mondo ed inteso a promuovere difese più vaste e tenaci contro i mali che insidiano la vita degli individui e le epidemie che funestano intere nazioni — spetta al Presidente della Croce Rossa Americana, Davison, ricco banchiere di New York, che a Cannes, luogo del convegno, ha appunto una villa.

Il Congresso dei mutilati di guerra.

Si è tenuto a Palermo il secondo congresso dell'Associazione nazionale dei mutilati ed invalidi di guerra.

L'inaugurazione ebbe luogo il 30 marzo nella sala di Storia Patria, presenti duecento rappresentanti delle sezioni di ogni parte d'Italia, un gran numero di mutilati e le autorità civili e militari.

Rappresentava il governo l'on. Scalori sottosegretario alle pensioni. Parlarono il sindaco di Palermo, l'on. Scalori, che dette ragguaglio del l'opera svolta dal ministero e degli intendimenti avvenire, il comandante del corpo d'armata in rappresentanza del ministero della guerra, il capitano Dante Dall'Ara, presidente dell'Associazione, che pronunziò un notevole discorso programma.

Dei centomila organizzati ne sono stati rappresentati circa settantamila.

Igiene e previdenza sociale al Congresso del Genio civile francese.

In una sezione di questo congresso, sono stati trattati argomenti della più alta importanza per la prosperità della nazione, riguardanti la tubercolosi, l'alcoolismo, la diminuzione di natalità.

Per la tubercolosi è interessante conoscere che l'Unione degli industriali metallurgici e minerari ha raccolto fra i soci la somma di quattro milioni, per la profilassi e la cura dei malati guaribili.

La profilassi si esplica con l'igiene antitubercolare delle officine, col risanamento delle case operaie, la protezione dell'infanzia, la lotta antialcoolista.

Contro l'alcoolismo si sono proposte le leghe di temperanza, le case ed i giardini operai, le scuole di economia domestica, l'installazione di spacci di bevande non alcooliche, le misure legislative.

Ancor più assillante è per la Francia il problema della natalità, per il quale vengono proposte misure di ordine legislativo, l'incoraggiamento alla maternità, i premi alle famiglie numerose, le considerazioni d'ordine morale, ecc.

Il Congresso ha inoltre proposto per il miglioramento delle condizioni fisiche della razza, l'istituzione di giardini e campi di sport in prossimità delle abitazioni operaie.

Volgarizzazione igienico-sanitaria.

Il Comune di Firenze nello scorso estate 1918 affidò alla Croce Rossa Italiana i mezzi per la organizzazione di una colonia scolastica sulla Marina di Massa.

L'iniziativa fu largamente sovvenzionata dal Ministero dell'Interno, che concesse anche le tende ed i letti necessari per il ricovero dei bambini mandati a godere l'aria marina.

Furono così riuniti in una splendida pineta ai piedi delle Alpi Apuane 400 fanciulli per la massima parte delle scuole di Firenze, con 40 bambini del Comune di Massa, e questi furono assistiti con cura amorosa da maestre e dame della Croce Rossa.

A volgarizzare e diffondere quest'opera sommamente benefica per la salute dei figli del po-

popolo, in modo che altri Enti e Comuni possano imitare la nobile iniziativa, il Ministero dell'Interno incaricò una Casa Cinematografica di fissare sulla pellicola i momenti più importanti e più significativi della vita all'aperto condotta da quei bimbi in riva al mare.

La pellicola fu proiettata il 3 u. s., in uno dei Cinematografi della Capitale, per sottoporla all'apprezzamento dei componenti il Consiglio Superiore di Sanità, intervenuti su invito del Direttore generale della Sanità pubblica.

L'alto consesso sanitario espresse il suo vivo compiacimento per l'iniziativa e fece voti nel tempo stesso che fosse data ogni pubblicità alla cinematografia esaminata, estendendo il sistema anche ad altre iniziative specialmente importanti per la salute dei bambini come scuole all'aperto, ricreatori ecc., in modo da costituire larghe correnti di opinione pubblica, che si interessino ad esse.

Negli Istituti Clinici di perfezionamento di Milano.

Col 1° aprile sono stati iniziati tre corsi quadrimestrali, uno di medicina, uno di chirurgia ed uno sulle specialità. Risultano di varî corsi parziali. La tassa d'iscrizione è di lire 50 per ciascuno.

Verranno tenuti anche corsi dimostrativi, della durata di un mese, per i medici pratici. Ne sarà dato annunzio a suo tempo.

Dagli insegnanti degli istituti clinici e da altri professori universitari, saranno dette conferenze intorno ad argomenti varî.

Una benemerita della salute pubblica.

Con decreto luogotenenziale è stata assegnata alla signora Maria Annunziata Meda, moglie del nostro ministro delle Finanze, la medaglia d'oro dei benemeriti della salute pubblica, con la seguente motivazione:

« Presidente della Associazione di assistenza ospedaliera delle infermiere volontarie della Croce Bianca femminile di Milano, diede, durante tutta la guerra, opera instancabile di organizzazione, di direzione e di personale assistenza ai militari ammalati o feriti, fatta segno per altezza d'intenti, amorevolezza di azione, modestia di attitudine, alla generale riconoscente ammirazione ».

Il Governo della Repubblica Francese ha assegnato alla signora Meda la medaglia in *vermeil* di prima classe, quale attestato di riconoscenza.

Congresso degli infermieri.

Si è tenuto negli scorsi giorni a Bologna un Congresso degli infermieri addetti ai nosocomi.

Preso atto di ciò che ha compiuto il Comitato, furono votati ordini del giorno perchè il lavoro attivo non oltrepassi le 48 ore settimanali, con riposo continuativo di 24 ore; perchè l'applicazione del nuovo orario non tardi oltre il 1° maggio; per l'azione da svolgere in confronto di quelle Amministrazioni che non aderissero alla richiesta; azione che venne demandata al prossimo Congresso Nazionale; per lo studio di un aumento di salario; per la pubblicazione di un periodico di classe.

Modesta vittima del dovere, non ancora cinquantenne, moriva in Calvello (Basilicata), il cav. dott. NICOLA LATELLA, medico condotto di quel popoloso comune da oltre 22 anni.

Della professione fece un nobile sacerdozio.

Parecchi anni or sono contrasse *in servizio e per ragioni di servizio* una lunghissima infezione tifica, la quale ne minò l'esistenza. Nell'ultima grave epidemia si ammalò d'influenza. Non ancora completamente guarito, volle riprendere la sua pesantissima croce e cadde sulla breccia, l'11 dicembre scorso, mentre prestava l'opera sua a numerosi infermi, fulminato da un accesso d'*angina pectoris*, conseguenza diretta ed immediata dell'*infezione grippale latente* e *dell'eccesso di fatica*.

Che cosa riserba la Società alla vedova infelice, ai sei teneri orfani di questo paria della scienza, morto per alleviare le umane miserie, *in servizio e per ragioni di servizio?* Sì e no qualche posto per qualcuno degli orfani nel Collegio di Perugia e qualche miserabile centinaio di lire di pensione privilegiata, che spetta di pieno diritto.

S.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.
(32)

Anno XXVI *Roma, 13 aprile 1919* **Fasc. 15**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Nuovo contributo alla cura della influenza negli adulti e nei bambini con le iniezioni di olio canforato al guaiacolo

per il dott. CARLO BASSONI, aiuto medico negli Ospedali civili di Genova.

In continuazione con la relazione da me inviata e riassunta nel n. 6 della sezione pratica del *Policlinico*, riferisco ora altri casi di influenza curati con le iniezioni di olio canforato al guaiacolo nella dose di 2 cent. cubi di olio canforato al 10 % con 10 ctg. di guiacolo.

I casi che cito hanno speciale interesse sia perchè dimostrano la notevole efficacia del medicamento, anche nelle forme gravissime di influenza, e sia perchè permettono di concludere che la cura può cogli stessi brillanti risultati che si hanno negli adulti, venire applicata nei bambini nei quali pare che la epidemia vada ora estendendosi.

Fra i casi di influenza che ebbi a curare, desidero riportare quello di un ammalato che quantunque avesse iniziata la cura in condizioni di estrema gravità, aveva potuto raggiungere dopo pochi giorni l'apiressia, accompagnata da tale miglioramento delle condizioni generali, da doverlo ritenere guarito.

Dopo tre giorni di apiressia, un accesso asmatico violento (era da tempo sofferente per tali accessi), lo uccise.

Ecco la storia:

D. N., di anni 36. — Prima della guerra era stato da me curato per sclerosi apicale sinistra — bronchite diffusa ai medi e piccoli bronchi, ed accessi asmatici ricorrenti.

Chiamato in servizio militare aveva goduto discreta salute, pure essendo stato colto qualche volta da accessi asmatici.

Appena tornato a casa dal servizio militare, venne colpito da leggero attacco catarrale delle prime vie respiratorie (comune raffreddore) per il quale non consultò nessun medico, continuando in qualche leggiera occupazione. Dopo 10 giorni di continuato malessere era stato preso da febbre intensa e da tosse stizzosa. Si purgò,

fece ricorso di sua iniziativa al chinino ed alla aspirina, ma aggravandosi rapidamente le sue condizioni di salute, i famigliari si decisero finalmente di chiamare il medico.

Visitai l'A. per la prima volta il 16 gennaio 1919, dopo tre giorni di violenta febbre. Quando vidi alle ore 18 l'ammalato, lo trovai in condizioni gravissime. La temperatura era a 40°, il polso a 140, piccolo, vuoto — il respiro a 32 — la cute e le mucose livide — il corpo ricoperto di sudore. Era in istato di subdelirio. Si lamentava di senso di oppressione al torace e di dolore all'emitorace destro. Aveva tosse stizzosa ed espettorato scarso muco-purulento.

L'esame polmonare dimostrava presenza di focolai diffusi di bronco polmonite al polmone destro e al lobo inferiore sinistro. L'aspetto era di ammalato in preda ad infezione setticemica.

Le condizioni erano talmente gravi che lo dichiarai in imminente pericolo di vita.

Ordino: coppettazione diffusa al torace — infuso di digitale — un grammo — e una iniezione di olio canforato al guaiacolo.

Giorno 17-1-1919. L'A. ha passato una notte discreta. Dopo la puntura si è subito sentito sollevato; sono cessati i sudori, il delirio ed ha potuto riposare.

Ore 9 del mattino. — Temperatura 38,5, polso 82.

Nella giornata si ripetono due iniezioni di olio canforato al guiacolo. La sera, ore 18, si ha temperatura 39,5, polso 120.

L'A. è più sollevato che nella sera precedente, ma è sempre ammalato grave. Si noti però subito il notevole abbassamento della temperatura ed il miglioramento delle condizioni del polso. Le iniezioni arrecano ogni volta tale senso di benessere e di sollievo che l'A. insistentemente le richiede.

Per tale motivo, data la gravità eccezionale del caso, le iniezioni vengono nei giorni successivi aumentate fino ad un massimo di quattro nelle 24 ore.

Giorno 18-1-1919 — (tre iniezioni).

Ore 9, temperatura 38, polso 78.

Ore 18, temperatura 39,2, polso 116.

Giorno 19-1-1919. Notte discreta (solo due iniezioni).

Ore 9, temperatura 38,6, polso 102.

Ore 19, temperatura 38,2, polso 94.

Giorno 20-1-1919. — Nella notte ebbe delirio e sudore, al mattino l'espettorato è lievemente emorragico (si praticano quattro iniezioni nelle ore 5-12-17 e 21 e una coppettazione).

Ore 9, temperatura 39,8, polso 100.

Ore 17, temperatura 39,5, polso 116.

Nella notte ha crisi abbondante di sudore; la temperatura si abbassa a 36,5 e il polso scende a 80. Verso il mattino l'ammalato riposa tranquillo ed è molto sollevato.

Giorno 21-1-1919. Due iniezioni. — L'espettorato non è più emorragico. I fatti polmonari migliorano.

Ore 9, temperatura 37, polso 82.

Ore 17, temperatura 37,5, polso 86.

Giorno 22-1-1919. Notte ottima, una sola iniezione.

Ore 9, temperatura 36,5, polso 78.

Ore 18, temperatura 36,5, polso 80.

Giorno 23-1-1919. Ottima giornata senza febbre e con polso buono.

Io credevo, date le ottime condizioni generali dell'infermo, già apiretico da tre giorni e con polso a 80, che fosse oramai fuori di ogni pericolo, nè avrei mai pensato a complicanze di sorta. Ma nella notte dal 23 al 24, l'A. viene colto da accesso asmatico intenso. La febbre sale a 39. L'accesso asmatico non cede nè ai rivulsivi toracici, nè ai sedativi comuni. Perdurando l'attacco quasi tutta la notte, esaurisce le scarse forze di riserva del cuore. Al mattino del 24 il polso sale a 140, ricompare la cianosi e alle ore 12 l'ammalato muore. Ricordo che anche in questo ammalato l'uso quotidiano di una enteroclisi di un litro di soluzione fisiologica bastò a mantenere la diuresi molto abbondante. Nelle urine riscontrai tracce minime di albumina.

Questo caso è molto interessante sia perchè ci dimostra che senza alcun danno per l'organismo, ma anzi con manifesto vantaggio soggettivo e obbiettivo, le iniezioni di olio canforato al guaiacolo possono venire in qualche caso eccezionale ripetute fino a quattro volte nella giornata; sia perchè ci dimosra la grande efficacia della cura anche nei casi che, per violenza del male e sovratutto per la trascuratezza dell'ammalato nel chiamare il medico, diventano rapidamente mortali. Posso dichiarare che fra tutti gli ammalati da me curati durante l'attuale epidemia di influenza, nessuno, neppure quelli che prima di usare le iniezioni di olio canforato, al guaiacolo, ebbero, malgrado altre cure, esito letale, presentarono mai una gravità tale da potersi paragonare a quella del malato ora citato. Il ritardo nella cura, la temperatura fortemente elevata, il polso a 140, la dispnea, la cianosi, i sudori profusi, formavano veramente un quadro impressionante del mio ammalato. Eppure con la cura potè ottenere subito notevole abbassamento della temperatura, miglioramento delle condizioni del polso e del sistema nervoso, e al quarto giorno di cura (settimo di malattia febbrile) potè toccare l'apiressia e rimanere senza febbre e in buone condizioni per tre giorni, tanto da lasciar credere alla sua completa guarigione. L'accesso asmatico sopravvenuto uccise di poi l'ammalato, ma credo di non esagerare pensando che se l'A. fosse stato curato fin dall'inizio della sua malattia avrebbe potuto conservare sufficienti energie per superare anche l'attacco asmatico.

Altro caso interessante è il seguente:

C. G., di anni 60. — Miocarditico grave. Va soggetto da parecchi anni ad attacchi di insufficienza cardiaca con grave stasi epatica e splenica e con ascite voluminosa. Più volte ebbi a curarlo per tali attacchi ottenendo sempre col riposo, la digitale, i diuretici, la scomparsa dell'ascite e dei fenomeni di stasi, insieme col notevole miglioramento della funzione cardiaca. L'ultimo attacco di insufficienza cardiaca risale a circa un mese e mezzo dalla data della presente malattia.

Il 27 gennaio 1919 viene colto da tosse insistente, dolore al torace destro, febbre a 38, espettorato mucoso arrossato.

All'esame fisico trovo focolai di bronco polmonite alle due basi polmonari. Il polso è a 90 irregolare. Le condizioni generali del sistema nervoso si mantengono buone. Mi limito a somministrare la digitale e un grammo di chinino *pro-die* oltre a qualche purgante ed espettorante. E ciò perchè più che di vera forma di influenza, penso si tratti di focolai di bronco polmonite ipostatica.

Le condizioni al secondo giorno sono stazionarie. Al terzo giorno di malattia però si aggravano. L'espettorato si fa emorragico, la temperatura si eleva a 39,5, il polso sale a 110 facendosi fortemente aritmico, ineguale e vuoto. Compare una accentuata dispnea. L'esame fisico dimostra la estensione di focolai di bronco polmonite al lobo superiore destro. Ordino allora (ore 18) una iniezione di olio canforato al guaiacolo ed una coppettazione al dorso. Nella sera la temperatura si abbassa. L'ammalato riposa la notte. Al mattino le condizioni generali sono notevolmente migliorate. Ripeto ogni giorno nel pomeriggio verso le ore 16 una iniezione di olio canforato al guaiacolo. Il miglioramento iniziato continua. L'espettorato ritorna rapidamente bianco e dopo quattro giorni, ottengo la apiressia. Persistono ancora, per quanto molto ridotti i rantoli sottocrepitanti specie alla base del polmone destro. Continuando nella cura, dopo altri cinque giorni scompare ogni fenomeno fisico polmonare e l'ammalato guarisce.

Se si pensa che la bronco polmonite in questo caso aveva colpito un soggetto miocarditico, non si può non riconoscere i risultati veramente brillanti ottenuti colla cura.

Altro caso interessante è il seguente:

Z... N..., di 21 anni. — Ritornato dal fronte da circa due mesi perchè affetto da infezione malarica in atto. Guarì degli accessi di febbre quotidiana, con una cura di arsenico e chinino per iniezioni.

Residuano ancora una grave oligoemia, una discreta distrofia e tumore di milza. È colto il giorno 5 febbraio 1919 da attacco grave di influenza. Vedo l'ammalato la sera alle ore 19 e trovo temperatura a 40, polso a 140. Esistono i segni fisici di una bronchite diffusa. L'A. ha tosse insistente con scarso espettorato. Malgrado la gravità iniziale dell'attacco di influenza, il beneficio delle iniezioni di olio canforato al guaiacolo (2 al giorno) è tale che al 3° giorno l'A. è completamente apiretico ed al 5° giorno può già alzarsi da letto.

Tanto più notevole è tale constatazione quando si pensi che in alcuni ospedali si era potuto notare come la mortalità per influenza sia stata estremamente grave fra i malarici.

Altro caso:

M... M..., anni 54. Professione cuoca. — Va soggetta da anni a catarro bronchiale. Dopo leggiero raffreddore è colta il giorno 16 febbraio da attacco di influenza con febbre a 39.7-40, polso a 100, tosse, bronchite diffusa, scarso espettorato muco-purulento, fatti di tossiemia nervosa. Viene subito sottoposta a trattamento con due iniezioni quotidiane di olio canforato al guaiacolo e qualche tonico cardiaco. La temperatura si abbassa notevolmente nei primi tre giorni, fino a toccare quasi l'apiressia, ma al terzo giorno si eleva a 38.4 e compaiono fenomeni di bronco polmonite alla base polmonare sinistra, poi alla base polmonare destra. Malgrado la complicanza, continuando nelle iniezioni le temperature si mantengono sempre basse, non oltrepassando mai i 38.4 e si vanno ogni giorno riducendo. Il polso si mantiene a 78-80 pulsazioni al minuto. Lo stato generale è ottimo e al 9° giorno di malattia l'ammalata è completamente apiretica e convalescente.

Quasi contemporaneamente (13 febbraio) ebbi a curare di nuovo per focolai di bronco polmonite acuta bilaterale la stessa ammalata B. A., che avevo già curata il 26 dicembre 1918, e della quale ho riportato la storia nel lavoro precedente. Anche questa volta le iniezioni di olio canforato al guaiacolo (2 al giorno), manifestarono tutta la loro efficacia e l'A. all'8° giorno di malattia era ormai in piena convalescenza.

Oggi è guarita.

* * *

Dirò ora brevemente dei risultati della cura nelle forme di influenza dei bimbi.

Gli stessi risultati brillanti che io ebbi negli adulti, constatai pure nei bimbi. Per alcuni di essi affetti da forme leggere di influenza mi servii di pennellature di tintura di iodio con guaiacolo al 25 % con buoni risultati. Per altri ricorsi alle iniezioni di olio canforato al guaiacolo.

Purtroppo in questi ultimi giorni, anche i miei due figli — un bimbo di anni 4 e 1/2 e una bimba di anni 5 e 1/2 — vennero colti da influenza, insieme con la mamma. La malattia specialmente nel bimbo iniziò con caratteri di gravità. La temperatura salì a 39.7, il polso si fece frequentissimo, si manifestarono sudori e notevole prostrazione, oltre alla solita corizza e tosse. Non esitai a ricorrere alle iniezioni di olio canforato al guaiacolo, adoperando metà della comune fiala e cioè un centimetro cubo di olio canforato al 10 % con 5 centigrammi di guaiacolo e talora arrivando anche ai 10 centigrammi di guaiacolo. I buoni risultati della cura si manifestarono subito. Le temperature si fecero minime, scomparvero rapidamente i fenomeni tossici del sistema nervoso tanto che i due bimbi non apparivano quasi neppure ammalati. In una settimana ebbi la completa guarigione dei bimbi e della mamma.

Ricorderò per ultimo un caso pure di grande interesse:

Il giorno 3 febbraio 1919 ho occasione di curare una bimba di cinque anni affetta da forma di influenza leggermente febbrile. Le pennellature al torace e al dorso con tintura di iodio al guaiacolo 25 % insieme con un sciroppo a base

di tiocolo, bastano a migliorare notevolmente la piccola inferma che entra rapidamente in convalescenza.

Una sorellina di 2 anni e mezzo a sua volta presenta le note della influenza con febbre a 38.5 e 39. Ordino la stessa cura che affido alla mamma, nella speranza che si tratti di cosa mite, come per la sorella. Il giorno successivo vengo insistentemente chiamato. Solo nel pomeriggio posso rivedere la piccola inferma.

La mamma narra che tutto il giorno aveva notato temperatura di 40 e 40.2. La bambina si era nel pomeriggio molto abbattuta. Allo esame trovo temperatura 40, polso molto frequente, accentuata dispnea. La bambina è assopita. L'esame fisico fa rilevare focolai di bronco-polmonite al lobo superiore sinistro. Non nascondo alla mamma la gravità del caso e suggerisco l'iniezione di olio canforato al guaiacolo che viene subito praticata da me nella dose di un centimetro cubo di olio canforato al 10 % con 5 centigr. di guaiacolo (metà della dose usata per gli adulti). Il mattino successivo la mamma narra il rapido miglioramento delle condizioni di salute della sua bimba che ha passato una ottima notte. Al mattino la temperatura è scesa a 37,6. La sera sale a 38 e si ripete la iniezione, che si continua anche nei giorni successivi. Al 3° giorno la bambina è apiretica ed al 5° giorno la bambina è completamente guarita, essendo spariti anche i focolai di bronco polmonite al lobo superiore sinistro.

Dopo questa nuova esposizione di casi clinici, posso ben confermare che le iniezioni di olio canforato al guaiacolo rappresentano un rimedio veramente efficace nella cura della influenza e superiore a quanti altri sono stati proposti e usati.

L'azione dell'olio canforato al guaiacolo è costante per tutte le forme di influenza semplice e complicata, anche quando si ha motivo di credere che la complicazione bronco polmonare sia sostenuta da micro-organismi diversi da quelli della influenza, ed è tale per cui il medico può su di essa fare sicuro affidamento di ottenere l'abbassamento della temperatura, il miglioramento delle condizioni del polso e la scomparsa dei fatti di tossiemia nervosa.

A questo proposito ricorderò pure che gli ammalati trattati con tale cura e che continuarono anche per tutta la durata della convalescenza l'uso di una iniezione quotidiana di olio canforato al guaiacolo mai ebbero a soffrire delle noiose conseguenze della malattia, quali cefalee, nevralgie, dolori muscolari, astenia, disappetenza, ecc., che sono la triste eredità della malattia. Superata l'influenza per tutti ebbi a notare una rapida convalescenza che li lasciò perfettamente ristabiliti in breve tempo.

Brevi note pratiche.

A qualche collega che richiese per iscritto il miglior modo di sterilizzare la soluzione di olio canforato al guaiacolo, rispondo che basta tenere il flacon o la fiala contenente la soluzione filtrata, in acqua a 100° per venti minuti per essere sicuri della sterilizzazione.

Nei bimbi usando la soluzione tiepida, si può iniettarla con un ago molto fine, annullando così ogni sensazione di dolore dato che il liquido non esercita sui tessuti nessuna azione caustica o comunque fastidiosa.

Nei giovinetti dai sette ai quindici anni, data la maggiore naturale tonicità del sistema nervoso e la tendenza alle alte temperature riduco la dose della canfora lasciando intatta quella del guaiacolo.

Uso cioè due iniezioni quotidiane, ciascuna di 10 ctgr. di canfora, con 10 ctgr. di guaiacolo in un c. c. di olio di oliva.

Genova, li 1 marzo 1919.

I siero-vaccini nell'influenza

per il dott. SAMUELE DANIELE.

Tra gl'innumerevoli metodi di cura attuati e consigliati nell'influenza, il più razionale è – certo – l'impiego dei sieri e dei vaccini, come quello che tende a colpire l'elemento causale, germi e tossine, o ad immunizzare contro di essi l'organismo. È noto che le complicanze, nell'influenza, più che al tanto discusso bacillo di Pfeiffer, son dovute all'intervento ed all'azione di altri germi e segnatamente dello pneumococco e streptococco piogeno e, più raramente, dello stafilococco (aureo ed albo). Basandosi su tali reperti batteriologici, si sono allestiti vaccini e siero-vaccini polivalenti, a scopo profilattico e curativo. Certo questa terapia che lascia concepire le più liete speranze per l'avvenire, è ancora ai suoi primi passi e i risultati, per ora, sono tutt'altro che decisivi; ma io non condivido lo scetticismo di alcuni e penso che ogni pratico non dovrebbe scartare, a priori, un metodo di cura, che è per lo meno innocuo, quando si ricorre a preparati, allestiti sotto la direzione e il controllo di indiscusse personalità scientifiche.

In Inghilterra e in America, forse prima d'ogni altro paese, si sono allestiti vaccini profilattici e curativi, il cui impiego ha dato risultati non disprezzabili.

Eyre e Lowe hanno preparato un vaccino polivalente (streptococco, pneumococco, bacillo di Pfeiffer, stafilococco, b. catorrhalis) e segnalano risultati che meritano la maggiore considerazione poichè, su parecchie centinaia di vaccinati, ebbero solo il 2% di colpiti, contro il 28% tra i controlli. Nell'esercito americano si è adoperato e si adopera un vaccino polivalente (*B.* dell'influenza,

stafilococco piogeno, albostafilococco piogeno aureo, streptococco piogeno, pneumococco) e Fox ha allestito un vaccino quadruplo (streptococco emolitico, streptococco non emolitico, pneumococco I, pneumococco IV) che è largamente usato in America. A New-York funzionano molte stazioni per la vaccinazione antigrippale e in parecchie città, dietro l'esempio di Chicago, si è ordinato la vaccinazione generale contro l'influenza. In Italia qualche cosa si è fatto e si sta facendo. A Pisa si sono tentate, con successo, interessanti prove sierologiche e l'Istituto sieroterapico milanese diretto dal prof. Belfonte, ha allestito, anche dietro suggerimento del prof. Bozzolo un vaccino polivalente (*B.* di Pfeiffer, pneumococco, streptococco emolitico, un miliardo di ciascun germe ogni c. c.) che si sta sperimentando su larga scala a Milano, ove, in tutte le guardie mediche, si praticano ogni giorno, gratuitamente centinaia di vaccinazioni contro l'influenza. Violle, considerando che la mortalità per influenza dovuta, in massima parte, alle complicanze broncopolmonari, determinate, per lo più, dal pneumococco, consiglia di fare largo e precoce uso di siero antipneumococcico, da cui assicura di avere ottenuti risultati addirittura brillanti. E il dott. Meille, segnalò già nel Policlinico, i buoni risultati ottenuti, anche in casi complicati d'influenza, iniettando, nei malati, sieri di sangue estratto dei malati stessi. Recentemente il prof. Centanni, dell'Istituto di patologia generale di Modena, ha messo in commercio un siero-vaccino polivalente che ha chiamato stomosina antigrippale, ed è preparato con le diverse specie e con i diversi stipiti di germi, che l'esame batteriologico ha fatto rilevare frequenti nei casi più gravi e, segnatamente, nelle forme polmonari ed emorragiche. Data l'autorità del Centanni, ho voluto sperimentare il siero-vaccino in due casi molto gravi d'influenza ed ho avuto a lodarmene.

Riporto, brevemente, i due casi da me curati, a titolo di modesto contributo pratico, ad un argomento ancora tanto controverso.

E... D... di anni 39. Nulla di notevole nell'anamnesi prossima e remota. Lo visito, la prima volta il 13 gennaio u. s., in 7ª giornata di malattia. Questa esplose in piena salute, con febbre alta (40°), cefalea, vomito. All'osservazione rilevo sintomi di bronchite umida. Polso piccolo, frequente. Alvo chiuso. Urina normale come quantità e leggermente fosfatica; non albumina. Nei giorni seguenti (8°, 9°, 10°) la febbre si mantiene sempre intorno ai 40°, con oscillazioni saltuarie di qualche linea. Compaiono sudori profusi, che non influiscono sull'andamento della febbre. L'infermo è agitato, insonne, delira. Le iniezioni sistematiche di olio canforato e l'adrenalina per bocca, risollevano alquanto le condizioni del polso, che si mantiene, però, sempre molto frequente. Riusciti inutili i comuni metodi curativi (electrargol), decido di esperimentare il siero-vaccino Centanni e inietto una fiala di 1 cmc. (1° grado). Dopo una fugace elevazione (40°.5) la *T.* cadde in poche ore a 37°.5, 37°, 36°; la frequenza del polso diminuisce, cessano i sudori profusi, l'infermo avverte un senso insolito di benessere. Dopo una mezza giornata di apiressia completa, la *T.* comincia a risalire a 38°, 38°,6, senza che aumenti la frequenza del polso e senza che cessi il senso di enforia. Si ripete l'iniezione di siero-vaccino (1° grado, fiala di 2 cmc.), ottenendo il rapido abbassamento della *T*, che tende a risalire il giorno seguente, in cui si pratica la terza ed ultima iniezione di siero-vaccino (2° grado fiala di 1 cmc.). La febbre cadde definitivamente, tutti gli altri sintomi si dileguano e l'infermo entrò rapidamente in convalescenza.

E... U... di anni 20, nubile. Fu la prima ad ammalare di parecchie sorelle, tutte colpite leggermente dall'influenza, al 6° giorno (18 gennaio) poichè la *T.* si mantiene sempre elevata (40° 40°,5) e la giovane è divenuta ansiosa, dispnoica, agitata, son chiamato a visitarla. Trovo una ragazza di robusta complessione, con i pomelli accesi, l'occhio brillante, il respiro affannoso. Il polso è piccolo, frequente, aritmico, con brusche e frequenti intermittenze.

L'esame accennato e ripetuto dell'apparecchio respiratorio, è negativo. Urine scarse, non albuminuriche. Diarrea, delirio.

Prescrivo iniezioni sistematiche di olio canforato, adrenalina per bocca, senapismi al torace e decido di sperimentare, anche questa volta, il siero-vaccino Centanni. Data la maggiore gravità del caso, inietto una fiala di 2 cmc. (1° grado). Dopo circa sei ore, la *T* scende da 40°,3 a 38°,6, e poi, ancora, a 37°,5, la frequenza del polso diminuisce, il respiro è meno dispnoico. Dopo alcune ore la *T* risale a 40°, senza però, alcun aggravamento delle condizioni generali. Si pratica una iniezione al giorno di siero-vaccino, ottenendo la diminuzione progressiva della febbre, che solo dopo la 5ª iniezione (3° grado 2 cmc.) cadde definitivamente per lisi. Di conserva all'abbassamento di temperatura, si ebbe il miglioramento progressivo delle condizioni generali, il polso tornò pieno, ritmico; alla frequenza succedette la bradicardia caratteristica dell'influenza; all'agitazione ed all'insonnia, seguirono la calma e lunghi sonni riparatori. Il ripristino delle forze fu rapido e, dopo breve convalescenza, la giovane guarì, senza alcun postumo.

Basciano, febbraio 1919.

Il fascicolo 4° (1° aprile 1919) della nostra SEZIONE MEDICA conterrà i seguenti lavori:

I. Prof. **A. Ceconi**: *Splenomegalia emolitica;*

II. Prof. **P. L. Bosellini**: *Per la conoscenza dei tumori sarcoidi cutanei nel loro rapporto con gli stati pseudoleucemici;*

III. Prof. **C. Vignolo-Lutati**: *Sopra due nuove osservazioni di sporotricosi.*

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Le iniezioni endovenose di peptone nelle malattie infettive.

(Prof. NOLF. *Presse Médicale*, 24 febbraio 1919)

Già da tempo l'A. aveva preconizzato l'uso delle iniezioni sottocutanee di peptone nel trattamento dell'emofilia, degli stessi emorragipari e dell'emoglobinuria parossistica *a frigore*. In seguito poi ai risultati delle esperienze sul cane, ne tentò fin dal 1916 l'applicazione allo scopo di combattere il meteorismo, in una tifosa, in cui tale disturbo era assai accentuato. Ne ebbe una reazione netta e dei risultati tanto buoni, che lo incoraggiarono a proseguire, sicchè ora in base all'esperienza fatta, può ben delineare l'azione di tale procedimento.

Le iniezioni endovenose di peptone producono due risultati ben distinti, uno immediato, l'altro lontano.

Il primo dipende dalla dose iniettata; se questa è uguale o inferiore ad un cgr. per kg. di peso dell'ammalato (5-6 cmc di una soluzione a 10 %), si osserva un innalzamento di temperatura, che s'inizia una o due ore dopo l'iniezione e dura qualche ora. Se la dose è più forte (7-10 cmc della stessa soluzione), si osserva un'ora dopo circa, un brivido intenso, che dura 20-30 minuti, seguito da un periodo di temperatura elevata, e poi da uno stadio di traspirazione, che in seguito diventa profusa, mentre la temperatura si abbassa fino a raggiungere la normale.

Queste reazioni all'iniezione di peptone non si producono sempre nello stesso tempo nè con la stessa intensità. In generale, nei primi dieci giorni della febbre tifoide, la reazione è incompleta, mentre è più facilmente completa, cioè accompagnata da caduta notevole e persistente della febbre nei periodi successivi. Così pure l'intensità della reazione è in rapporto diretto con la quantità di peptone iniettato; l'A. ritiene sufficiente di solito l'iniezione di 12-15 cmc. della soluzione a 10 %. Vi è poi una dose massima, che non si può oltrepassare senza inconvenienti, sebbene d'altra parte vi siano individui, che non risentono alcun effetto, qualunque sia la dose; questa, ad ogni modo va diminuita quando la malattia si avvia alla guarigione.

Per ottenere una reazione, per quanto possibile completa, è meglio anzichè aumentare la dose, cercare le condizioni che ne favoriscano l'azione. Così p. e. si è osservato che l'iniezione fatta al mattino, produce la depressione termica secondaria più facilmente che l'iniezione fatta nel pomeriggio, probabilmente perchè l'ammalato si trova a digiuno; per agevolare l'azione, è pure conveniente non concedere, durante la notte precedente l'iniezione, che dell'acqua pura o leggermente zuccherata.

Se la reazione è ben netta con abbondante traspirazione, la temperatura è ancor bassa al mattino del giorno seguente l'iniezione e non tende a risalire che verso la sera. In queste condizioni si ripete l'iniezione ogni due giorni e si ottiene così, in complesso, un abbassamento della curva termica che discende di circa un grado. Tale effetto però sembra dovuto non ad azione diretta sui centri termici, ma piuttosto ad una reazione più estesa, che si manifesta con altri segni, quali un senso di euforia, la diminuzione di eccitabilità, una certa poliuria passeggera, quasi che durante qualche ora la malattia concedesse una tregua. Dopo pochi giorni s'attenuano e scompaiono il delirio, l'insonnia, la prostrazione, il meteorismo; la lingua si fa umida, ritorna l'appetito, la diarrea subisce un miglioramento, la malattia, anche se continua per qualche settimana, assume il carattere di benignità.

Questi fatti sono legati alla scomparsa dei germi circolanti nel sangue; ciò non è certamente dovuto ad alcuna azione battericida del peptone stesso che non può ammettersi e che d'altra parte è dimostrato non esistere dal fatto che l'emocoltura, è positiva se praticata poco tempo dopo l'iniezione.

È invece soltanto dopo due o tre iniezioni, praticate a distanza di 48 ore, che scompare lo stato di setticemia: per garantire la scomparsa definitiva è poi necessario continuare le iniezioni di peptone fino a defervescenza completa.

Tale azione non è affatto specifica per la febbre tifoide, ma si può osservare anche in altre affezioni acute, come la setticemia da streptococco piogene e quella da stafilococco, a condizione di iniziare la cura nei primi giorni: risultati negativi avrebbe invece dato in setticemia da streptococcus viridans. Utile si è dimostrata poi nelle artriti, anche in quelle da gonococco. È conveniente associare alle iniezioni di peptone qualche altra medicazione coadiuvante, come p. e., l'urotropina nella febbre tifoide ed il salicilato nelle artriti, e nelle setticemie stafilo- o streptococciche.

A lato dei vantaggi innegabili è però necessario richiamare l'attenzione sui possibili inconvenienti. È noto che le iniezioni di peptone tendono a provocare un abbassamento della pressione arteriosa: tale effetto, che può passare inavvertito in un individuo sano, può invece essere grave nell'individuo infettato. Il paziente accusa dei forti battiti cardiaci e così pure delle

pulsazioni arteriose alla regione lombare; si lamenta di cefalea: il volto è congesto, il polso è frequente e diventa poi piccolo e depressibile: la respirazione si fa più frequente, si manifesta tosse, che se non è repressa, si accompagna a nausee e vomiti.

Talvolta questi fenomeni scompaiono in pochi minuti, tal'altra si accentuano e si osserva dispnea ed angoscia respiratoria, frequenza estrema del polso (140-160 al minuto), e dopo qualche tempo delle eruzioni d'orticaria.

Questo stato, che può inspirare seria inquietudine all'ammalato ed al medico, è una vera sindrome di *ictus* anafilattico. La sua comparsa dipende, oltre che dalle condizioni più o meno gravi del malato, dalla qualità del peptone e dalla rapidità dell'iniezione.

Vi sono dei peptoni che producono l'*ictus* con grande frequenza; in generale si debbono eliminare i prodotti che, allo stato secco, od in soluzione, emanano un odore anche debole di carne stantia.

L'iniezione poi va fatta molto lentamente: si usi un ago fino da siringa Pravaz, e mentre si pratica l'iniezione (ciò che richiede parecchi minuti) si facciano contare le pulsazioni del malato da un assistente che ne dirà ad alta voce il numero ogni quarto di minuto, se esse oltrepassano il numero di 35, si arresta l'iniezione per riprenderla più tardi, quando il polso si è calmato, ciò che avviene rapidamente.

Se il medico non ha grande pratica di tali iniezioni, o se la reazione è molto violenta, val meglio rinunciare alla soluzione concentrata ed usare la stessa dose disciolta in 150-200 cmc. di soluzione isotonica.

Quando poi l'ammalato è nettamente ipotonico si faranno iniezioni di adrenalina in modo da introdurne 1/2 mg. 4 volte nelle 24 ore: se poi la pressione minima è di 5-6 cm. di mercurio all'oscillometro di Pachon, è conveniente aggiungere 1/2 mg. di adrenalina alla stessa soluzione di peptone. In tal modo si può esser certi di prevenire qualsiasi effetto spiacevole anche in malati gravi.

***

Come si è accennato, l'azione delle iniezioni endovenose di peptone non è specifica; essa consiste probabilmente nello stimolare i mezzi di difesa generale dell'organismo. L'effetto di tali iniezioni è affatto analogo a quello delle iniezioni endovenose di oro o di argento colloidale, che possono provocare anche delle reazioni altrettanto violente.

La spiegazione di questa analogia di effetti va ricercata in una identità di causa: le sospensioni colloidali dei metalli sono di solito rese stabili con l'aggiunta di gelatina, siero, peptone, ecc., quindi, iniettando il colloide metallico, si fa generalmente una iniezione di peptone o di un prodotto simile; ciò è tanto vero che la iniezione del substrato organico, che serve a stabilizzare le preparazioni dei metalli colloidali produce gli stessi effetti (brividi, sudazione, defervescenze) di questi.

Ma anche se il preparato colloidale contenesse il metallo allo stato di purezza organica, si potrebbe ritenere che la sua azione sull'organismo debba essere identica a quella del peptone. È noto di fatto che l'*ictus* peptonico è prodotto da numerose altre sostanze, quali tossine microbiche, veleni animali o vegetali; lo stesso siero fresco di cane iniettato nelle vene del cane, ed il sangue umano defibrinato, iniettato nelle vene dello stesso individuo provocano un *ictus* che non differisce da quello peptonico, Si dovrebbe quindi parlare di effetto e di *ictus* da antigene.

Si può dedurne quindi che qualsiasi sostanza potrà avere la stessa azione, purchè introdotta nella via sanguigna, in condizioni tali da turbare in modo sufficiente la composizione proteica o l'equilibrio colloidale. Ora, se è possibile produrre l'*ictus* iniettando ad un cane le sue stesse emazie laccate *in vitro* nell'acqua distillata, purchè si aggiunga prima della iniezione una dose isotonica di cloruro di sodio, nulla impedisce di procedere alla laccatura nelle stesse vene dell'animale, iniettandovi con sufficiente rapidità dell'acqua distillata. Si otterrà, così, con una iniezione di acqua pura, lo stesso effetto del peptone, ed anche maggiore se vi si aggiunge qualche sostanza emolitica.

È dunque più facile produrre l'effetto del peptone che evitarlo.

Con queste premesse, non è difficile comprendere il successo di molti interventi terapeutici proposti in quest'ultimi tempi, come l'uso di colture di saprofiti o di sieri non specifici, di siero dell'ammalato stesso, di soluzioni di cloramina, ipoclorito di sodio, ecc. Tutti questi metodi non hanno che un solo punto comune; che cioè utilizzano tutti la via endovenosa, sembrano tutti efficaci in una certa misura, e tendono a riprodurre gli effetti del peptone.

Nelle iniezioni di peptone bisogna però evitare di ottenere l'*ictus*, cioè una reazione brusca e pericolosa: e per questo ci si deve attenere ad una dose inferiore a quella che produce l'*ictus*. La dose migliore è quella che provoca dopo una ora un breve brivido, a cui succede più tardi una defervescenza con traspirazione abbondante; tale dose in un individuo normale non produrrebbe alcun effetto visibile.

Per quanto riguarda la causa di queste azioni del peptone, occorre rammentare che l'introduzione parenterale del peptone esercita una viva azione sui leucociti sanguigni, sull'equilibrio proteico del plasma e su certi apparecchi produttori delle albumine del plasma. Si comprende quindi che un *ictus* peptonico ridotto possa essere utile nella lotta contro la malattia infettiva, se anche non si può bene elucidarne il meccanismo.

Non è possibile stabilire per ora a quale sorgente di effetto peptonico si debba ricorrere in un caso determinato, se cioè al peptone stesso, ad un siero estraneo, ad un vaccino specifico o non, ecc.

Certamente il peptone, se è di buona qualità, presenta dei vantaggi incontestabili, in quanto che può essere utilizzato in malattie a germe ancora ignoto, e quindi proprio sul principio; esso inoltre è un antigene unico il quale non sensibilizza che debolmente l'organismo e non produce violente manifestazioni anafilattiche.

Questi effetti terapeutici delle iniezioni endovenose di peptone hanno anche un vantaggio teorico, dimostrandoci che le nostre idee, in fatto di sieroterapia e di vaccinoterapia, erano troppo sempliciste e che quando noi iniettiamo ad un ammalato un siero od un vaccino, possiamo agire non solo per l'anticorpo specifico che introduciamo e di cui provochiamo la formazione, ma anche per l'effetto del peptone, il quale a sua volta è capace di portare a guarigione anche negli stati gravi.

A. FILIPPINI.

NEUROLOGIA.

Gli squilibri costituzionali del sistema nervoso.

(DUPRÉ. *Paris Médical*, 1919, n. 2).

Gli squilibrî costituzionali del sistema nervoso riguardano l'attività nervosa di relazione, ossia la sensibilità fisica, la motilità e l'emotività, quindi gli appetiti e gli istinti, ed infine più in alto nella scala psicologica l'umore, il carattere, l'attività, il sentimento e la intelligenza.

1º SQUILIBRIO DELLA SENSIBILITÀ FISICA: A) *Ipo- ed iperestesie*. — In alcuni individui le diverse forme di sensibilità, tattile, termica, dolorifica, stereognostica sono costituzionalmente ottuse, lente, insufficienti. Queste ipoestesie, che sono in rapporto ad una deficenza di sviluppo delle zone sensitive della corteccia si manifestano con indifferenza alle sensazioni moleste e dolorose, alle sensazioni di caldo e di freddo: indifferenza che si nota in molti idioti ed imbecilli, nei vagabondi, nei mendicanti tesaurizzatori, in molti pervertiti e criminali. Talvolta la ipoestesia e la ipoalgesia vanno fino all'assenza o alla grande debolezza di certi riflessi cutanei e mucosi, specialmente del plantare, dell'addominale, del nasale e del congiuntivale, ed anche all'indifferenza al solletico, al movimento degli insetti o dei parassiti della pelle e dei peli ed alle scottature, alle punture, alle ferite. Spesso queste anomalie della sensibilità fisica accompagnate alla indifferenza affettiva ed a pervertimenti morali rendono possibile e facile a molti criminali simulatori la perseverazione in pratiche molto dolorose, come il conservare a lungo attitudini paradossali ed estenuanti, il digiuno persistente, le più atroci automutilazioni.

D'altra parte si hanno anche iperestesie costituzionali che, generalmente associate alla iperemotività, sono caratterizzati dalla eccessiva apprensione al minimo dolore, dalla pusillanimità e dalla vivacità esplosiva e disordinata delle reazioni di difesa.

B). *Cenestopatie*. — Ancora più importante di questi squilibrî per eccesso o per difetto appaiono gli squilibri per perversione della sensibilità interna o comune, che il Dupré stesso ha descritto ed individualizzato sotto il nome di *cenestopatie*. Differenti dalle algie che sono sintomi circoscritti a carattere nettamente dolorosi, le cenestopatie hanno sede diverse a carattere non anatomico e solamente regionale: alla testa, sopra tutto alla regione occipito-cervicale, nella retro-bocca, alla lingua; al cuore, allo stomaco ed agli intestini, agli ipocondri, agli organi genitali, più raramente agli arti. Le cenestopatie sono sensazioni non dolorose, ma moleste e snervanti, inquietanti, tormentose, sensazioni di ostruzione, di stiramento, di deformazione. Sono descritte dai pazienti con gran lusso di espressioni e di paragoni e provocano reazioni varie a seconda del livello intellettuale, dello stato di emotività e dell'equilibrio psichico dell'infermo. Negli individui lucidi e resistenti rimangono allo stato semplice e puro ma in altri possono dare preoccupazioni morbose: nei deboli o predisposti determinano delirî di ipocondria, demoniaci, di trasformazione organica o quei delirî noti sotto il nome di zoopatie interne che consistono nell'attribuzione dei disturbi sensitivi alla presenza, alla vita, ai movimenti e spostamenti di diversi animali nel corpo e sopra tutto nel ventre.

2º SQUILIBRIO COSTITUZIONALE DELLA MOTILITA'. A). *Debolezza motrice*. — La debolezza motrice si manifesta con la ritardata comparsa del cammino, della prensione degli oggetti, dell'equilibrio; con l'enuresi infantile prolungata, la persistenza del segno di Babinski oltre la infanzia, la iperreflettibilità tendinea diffusa, la sincinesia, la impossibilità della risoluzione muscolare volontaria o paratonia, la maldestrezza abituale, spesso il mancinismo. Appartengono alla stessa

serie semiologica la tendenza alla catalessia, alla perseverazione prolungata delle attitudini, la passività e la inerzia, la incapacità di iniziativa e di inibizioni motrici. La debolezza motrice il cui grado estremo, il morbo di Little, rappresenta una vera *idiozia motrice*, è spesso accompagnata a debolezza mentale. Ma questa associazione non è fatale, poichè si hanno dei deboli psichici che, sono agili, svelti. Viceversa alcuni individui con qualità intellettuali e morali superiori sono dei veri deboli motori, inadatti ad ogni esercizio muscolare, allo sport, al maneggio degli strumenti di precisione, a qualsiasi tecnicismo.

B) *Squilibrio motore.* — Lo squilibrio congenito della motilità, accompagnato o non da debolezza motrice, si manifesta con tics, spasmi, tremori, stereotipie, catalessia, catatonia, mioclonie con, agitazione motrice congenita continua, instabilità permanente, fatti che sia spontaneamente, sia sotto l'influenza di emozioni o di alterazioni organiche leggere, appaiono come le manifestazioni precoci, recidivanti, spesso croniche di uno squilibrio motore fondamentale. Questo talvolta si accompagna a stati psicopatici più o meno gravi di debolezza, di depressione o di eccitazione, di ansia e di ossessione, ed infine di delirio o di demenza. Così nella loro etiologia, nella loro sintomatologia, nel loro valore diagnostico e prognostico si ha un parallelismo di manifestazioni motrici da una parte e psichiche dall'altra in rapporto alla insufficienza ed allo squilibrio costituzionale delle zone corticali vicine. Questo parallelismo si ha nelle associazioni seguenti: debolezza mentale con debolezza motrice per agenesia corticale comune ed estesa; squilibrio psichico con squilibrio motore negli affetti da tics, fobie ed ossessioni; tremori e spasmi negli emotivi e negli ansiosi; mobilità e labilità dello spirito e dell'umore associate all'agitazione ed all'instabilità della mimica e della muscolatura nei coreici.

3º COSTITUZIONE EMOTIVA. — La costituzione emotiva è caratterizzata da eretismo diffuso della sensibilità generale, sensoriale e psichica, da insufficienza della inibizione motrice riflessa e volontaria. Questo stato si traduce con reazioni anormali fra grado, diffusione, durata e sproporzione in rapporto alle cause che le provocano.

L'iperemotività, normale nei lattanti, molto frequente nei bambini scompare nell'adulto con lo sviluppo progressivo delle vie d'inibizione, le quali assicurano l'equilibrio e la stabilità del sistema nervoso. L'emotività morbosa, che il più delle volte è costituzionale ed ereditaria, può essere acquisita (infezioni, avvelenamento, e sopra tutto traumatismi: commozioni ed emozioni intense e ripetute).

L'emozione rende il sistema nervoso più sensibile alle emozioni successive e a mezzo di una specie di anafilassi emotiva può creare l'emotività costituzionale. Ma non è men vero che in alcuni individui bene equilibrati si può avere un'assuefazione progressiva per ogni specie di emozioni, ossia una immunità emotiva.

La costituzione emotiva si manifesta con una doppia serie di segni permanenti, fisici e psichici.

I *segni fisici* sono i seguenti: *vivacità diffusa della riflettività* tendinea, cutanea e pupillare. *Iperestesia* sensoriale con reazioni motrici vivaci, diffuse e prolungate, sopratutto nella funzione mimica e vocale. *Disquilibrio motore*: Spasmi viscerali, faringo-esofagismo, gastro-enterospasmo, cistospasmo con pollakiuria, palpitazioni, tremore emotivo nelle sue varie forme: tremito delle estremità, trasalimento, soprassalto, fremito, battimento dei denti, balbuzie; mioclonie passeggere, tics, ecc. *Inibizioni funzionali* ed impotenze motrici transitorie: piegamento delle gambe, mutismo, rilasciamento degli sfinteri. *Squilibri circolatori*: tachicardia occasionale, spesso permanente e parossistica; instabilità del polso; alternative di vaso-costrizione e vaso-dilatazione periferica; dermografismo. *Squilibrio termico*: variazioni obbiettive apprezzabili con la termometria locale e senzazioni subbiettive di caldo e di freddo sopra tutto alle estremità. *Squilibrio glandulare*: variazioni della secrezione sudorale, salivare, lacrimale, gastro-intestinale, urinaria, genitale, biliare. *Disturbi della reflettività interviscerale*: associazione di spasmo, disturbi secretori, eccitazione o inibizione funzionale determinate da reazioni riflesse anormali che si esercitano da un organo su l'altro lungo le vie vago-simpatiche o cerebro-spinali.

I segni psichici sono i seguenti: impressionabilità, inquietudine, ansietà, irritabilità, impulsività. Questi stati morbosi più o meno continui o remittenti, spesso parossistici, si associano tra loro e costituiscono un fondo permanente, un terreno, sul quale appariscono e si sviluppano le sindromi emotive: timidità, scrupoli, dubbi, ossessioni, fobie, stati ansiosi semplici o deliranti, angoscie, anomalie emotive psico-sessuali. Nei casi più gravi si hanno accessi di malinconia ansiosa, stati ossessivi cronici, con passaggio a deliri incurabili d'auto-accusa, d'ipocondria, di negazione.

L'*emotività costituzionale*, che d'altra parte si può accompagnare a stati normali o superiori dello spirito e dell'affettività, può anche associarsi ad altri stati morbosi degenerativi: debolezza o squilibrio dell'intelligenza, dei sentimenti e della volontà, anomalie varie della sensibilità viscerale, della motilità o della nutrizione.

La *psiconevrosi emotiva* si distingue nettamente dalla neurastenia e dalla isteria, con le quali ha interessanti rapporti di associazione e di successione.

La *neurastenia*, psico-nevrosi di esaurimento costituzionale o acquisita, favorisce l'emotività e ne aggrava le manifestazioni, e viceversa l'emotività nelle sue forme gravi può provocare lo spossamento secondario del sistema nervoso, la comparsa dei segni secondarii della serie neurastenica: cefalea, insonnia, facile esauribilità, disturbi digestivi, ecc.

L'*isteria*, psiconevrosi di suggestione e di immaginazione, si ricollega per la collaborazione dell'attività mitica e d'una vera psicoplasticità organica, alla simulazione, alla contraffazione dei sintomi patologici: crisi, impotenze, attitudini, perversioni funzionali, ecc.

Ora lo choc emotivo e la costituzione emotiva favoriscono la comparsa dei disturbi isterici nei mitomani predisposti. Nei suoi gradi estremi l'emozione, troppo forte o troppo debole, agisce meno sulla suggestibilità isterica; perchè un'emozione troppo debole la lascia indifferente, e un'emozione troppo forte paralizza l'attività psichica. Così si spiega la relativa rarità delle reazioni isteriche, dimostrata da Babinski, nelle grandi emozioni.

4° SQUILIBRIO DEGLI APPETITI: A) *Fame*. — La fame e la sete presentano in molti degenerati anomalie per eccesso e per perversione, spesso associate ad altre tare costituzionali.

La bulimia, la polifagia, la ghiottoneria, la voracità, la sitiomania possono osservarsi allo stato continuo o discontinuo negli idioti, nei deboli, negli eccitati cronici o intermittenti.

L'inappetenza e l'oligofagia abituale, la tendenza ai digiuni, alle macerazioni ed alle restrizioni alimentari progressive, si hanno in certi psiconeurotici cronici, nei deliranti mistici. L'anorressia mentale non è rara nei pervertiti, nei mitomani, spesso nei prodromi della demenza precoce; l'inanizione volontaria è frequente nei dispeptici ipocondriaci, negli individui affetti da delirio d'ostruzione e di negazione organici, nei vecchi avari che muoiono di fame e di freddo con una fortuna ben dissimulata.

B) *Sete*. — Le anomalie costituzionali della sete sono l'adipsia, l'apotia, l'oligopotia, disturbi propri di certi temperamenti a nutrizione lenta, a scambi ridotti.

Disturbi opposti sono la potomania, la polidipsia cronica con poliuria essenziale. Le perversioni della fame e della sete consistenti in bizzarie elettive più o meno estese dei gusti alimentari, ingestione recidivante di corpi estranei disparati talora anche vulneranti paradossalmente ben tollerati, coprofagia, sono frequenti negli idioti nei deboli mentali, in certi degenerati, nei maniaci e sopra tutto nei dementi.

C) *Tossicomanie*. — Ancora più importanti sono le tossicomanie, ossessive o impulsive, talora intermittenti, come nelle ciclotimie, ma più frequentemente continue e parossistiche. Questi tossicomani spesso affetti da altri pervertimenti, da epilessia, sono talvolta mono-tossicomani e tal'altra poli-tossicomani. Così si ha la dipsomania e la ubbriachezza per tutte le bevande alcooliche, l'oppiomania in tutte le sue forme, la morfinomania, la cocainomania, l'eteromania, la clorolaromania, l'abuso continuo di ipnotici, di analgesici, di tonici (caffè, thè, kola, coca, stricnina, afrodisiaci). Queste tossicomanie hanno conseguenze disastrose non solo per l'individuo ma anche per la specie.

5° SQUILIBRIO DEGLI ISTINTI: A) *Istinto di conservazione*. — L'istinto di conservazione è relativo alla vita, alla proprietà o alla estensione della personalità. Le anomalie per difetto caratterizzate dall'insufficienza o dall'annullamento dell'attaccamento alla vita si estrinseca con una speciale varietà di malinconia lucida, nota sotto il nome di spleen (disgusto dell'esistenza, tendenza permanente e propensione parossistica al suicidio). Per trasmissione ereditaria di questa perversione si possono avere famiglie di suicidi.

Le anomalie per difetto dell'istinto di proprietà e di risparmio sono rappresentate dalla prodigalità e dalla dissipazione, dalla mania dei regali, degli acquisti, dalla passione del giuoco, dalla tendenza indefinita e rovinosa delle invenzioni.

Le anomalie per eccesso del medesimo istinto si hanno negli avari costituzionali, nei cupidi, negli insaziabili, nei collezionisti.

Il sentimento della personalità ha le sue anomalie per eccesso e per difetto. Alle prime appartengono le diverse ipertrofie dell'io, che si affermano nel l'egoismo, l'autofilia, l'orgoglio, il sentimento di superiorità e il bisogno di dominazione, la vanità, il gusto dell'ostentazione, ecc.

Le anomalie per difetto sono l'umiltà, la passività, lo spirito di restrizione e di isolamento, la tendenza alle rinuncie ed al sacrificio; la tendenza agli stati malinconici ed al suicidio.

B) *Istinto di generazione*. — L'istinto di generazione è debole o nullo nella agenesia e nella frigidità costituzionale, che rivela uno stato permanente di continenza sessuale e di castità. È esagerato nell'erotismo, continuo o parossistico e periodico che può raggiungere l'ebbrezza sessuale con furore distruttivo, impulsi criminali. Quando l'erotismo impulsivo si accompagna alla perversità ed alla crudeltà costituzionali si ha il sadismo ed il sadi-feticismo. Occorre appena ricordare l'onanismo, l'esibizionismo, il masochismo, la bestialità, il vampirismo o necrofilia, l'omsessualità.

Appartengono alle perversioni dell'istinto di riproduzione le anomalie per difetto o per eccesso

dei sentimenti paterni e materni: antipatia e ripulsione per il figlio, negligenza incuria, servizie ed infanticidi; le esagerazioni dell'istinto genitale e filiale danno stati passionali, pratiche erotiche, incesto.

C) *Istinto di sociabilità.* — L'istinto di sociabilità, a base di simpatia e di altruismo, fondato sul bisogno dell'aiuto mutuo e sul sentimento della solidarietà sociale, può essere nei deboli negli anormali assente o rudimentale, o anche pervertito e rimpiazzato dalle tendenze contrarie alla simpatia. Si hanno allora le diverse manifestazioni della malignità, della criminalità istintiva esercitata contro gli altri contro la società, senza altro scopo che la soddisfazione della tendenza impulsiva al male. Questa perversità maligna, fondamento della *follia morale*, si manifesta ben presto con reazioni precoci: inerzia, indocilità, impulsività, testardaggine nell'opposizione e nel negativismo, indifferenza affettiva, irritabilità, stato colleroso continuo e parossistico, ineducabilità, crudeltà, sevizie contro gli animali e gli altri ragazzi; più tardi delinquenza, fughe e vagabondaggio, mendicità, furti; criminalità infantile e giovanile; recidivismo incessante nella colpa, irriducibilità delle tendenze viziose. Parecchi di questi degenerati non mancano d'intelligenza e si mostrano capaci d'istruzione e d'una certa cultura, per quanto incompleta e mal compresa. La maggior parte son mentitori, favoleggiatori, dissimulatori, calunniatori, mistificatori, delatori. Si hanno così le diverse forme di *mitomania maligna.* Tra gli stessi individui si trovano i giovani incendiari, le prostitute, i vandali, i vampiri, gli apaches, gli avvelenatori, e sopratutto le avvelenatrici.

Questi esseri amorali ed antisociali sono spesso discendenti di alcoolizzati. Talvolta insieme alle imbecillità morale presentano tare multiple della loro origine; pervertimenti sessuali, tossicomanie, tics, ossessioni, ecc.

6° SQUILIBRIO COSTITUZIONALE DELL'UMORE, DEL CARATTERE E DELL'ATTIVITA'. — L'eco oscura ma permanente nella coscienza organica dello stato piacevole o penoso della cenestesi, il risentimento psichico del buono o cattivo equilibrio nutritivo e funzionale generale determinano un tono affettivo felice o infelice, determinano le diverse modalità abituali dell'umore, gli stati *eutimici* o *distimici*. Queste *distimie* o disquilibri costituzionali dell'umore influiscono grandemente sulle reazioni dell'individuo, diminuendole o rallentandole o viceversa esaltandole e accelerandole, o infine esercitando su di esse influenze opposte con un ritmo ed una periodicità variabili. Si hanno così le *ipostenie*, le *iperstenie*, le *ciclostenie* parallele alle *ipotimie*, *ipertimie* e *ciclotimie*.

Gli squilibri costituzionali dell'affettività e dell'attività si manifestano così o con degli stati continui e parossistici, o con periodi intermitti di depressione e d'eccitazione.

Qualche volta lo squilibrio dell'umore nella sua varietà ipotimica si estrinseca con lentezza e atonia generale delle operazioni psichiche e motrici, con inerzia, tristezza, senso penoso dello sforzo, incapacità d'iniziative, esauribilità, ossia uno stato di psico-neurastenia cronica costituzionale.

Nella varietà ipertimica lo squilibrio affettivo si estrinseca con vivacità e prontezza abituale delle operazioni psichiche e motrici, esuberanza, instabilità, spesso irritabilità, impulsività, indocilità.

Lo squilibrio dell'umore più spesso si manifesta sotto la forma intermittente, *ciclotimica*, caratterizzata da accessi di melanconia e di mania.

Ben importante è questa nozione degli stati intermittenti o cronici d'eccitazione e di depressione nelle loro combinazioni con gli squilibri della sensibilità, dell'emotività, degli appetiti, degli istinti e dell'intelligenza. Sono queste combinazioni quelle che determinano le differenti varietà del carattere, il quale, vera sintesi della vita affettiva e motrice, espressione spontanea della personalità, è la forma abituale delle reazioni dell'individuo: forma determinata dal suo tipo fisiolgico, dalle condizioni organiche del suo temperamento e dalle sue tendenze costituzionali.

7° COSTITUZIONE PARANOICA. — Sotto questo nome vanno raggruppati gli squilibri costituzionali costituiti dai seguenti elementi: *a*) la ipertrofia dell'io, l'orgoglio, il sentimento della propria superiorità, il bisogno di dominazione; *b*) la natura ombrosa e diffidente, la tendenza alle interpretazioni ostili; *c*) la falsità del giudizio, la deviazione permanente delle facoltà dialettiche, un'alterazione della logica per cui si hanno apprezzamenti unilaterali, egoistici, tendenziosi.

8° COSTITUZIONE MITOPATICA. — Lo squilibrio costituzionale dell'affettività e della intelligenza può interessare non solo il giudizio, ma ancora e sopratutto l'immaginazione, e disturbare più o meno gravemente le facoltà del discernimento della realtà obbiettiva. L'individuo così è portato ad alterare la verità, a mentire, a favoleggiare, a simulare; in una parola a sostituire alla percezione della realtà obbiettiva la credenza in avvenimenti immaginari, in fatti inesistenti, fantastici ed anche materialmente impossibili.

Questo stato di spirito costituisce la *mitomania*, la quale è normale nella infanzia, perchè

in questa età sono insufficenti le facoltà di discernimento e di giudizio, e quelle operazioni di comparazione, di controllo e di critica che l'esperienza apporta più tardi allo spirito come fattori riduttori della credulità e della immaginazione.

La *mitomania* può essere *attiva* e *passiva*. La mitomania *passiva* o di *recezione* è caratterizzata dalla credulità, suggestibilità, dalla debolezza del giudizio e della critica. La mitomania *attiva* o *d'emissione* è caratterizzata dalla esuberanza dell'immaginazione creatrice, dall'inventività romanzesca, dalla tendenza alla creazione di situazioni fittizie, dalla simulazione di scene e di attentati fantastici.

La *isteria*, gli *stati pitiiaci* rappresentano una specie particolare di mitomania. Nell'isterico la mitomania attiva e passiva si combina con un'attitudine particolare del soggetto alla psicoplasticità, per la quale si producono e si mantengono per auto- ed eterosuggestione, attitudini morbose, sindromi per lo più neuropatologiche. Queste sindromi sono il prodotto della contraffazione del patologico mediante la sinergia dello spirito e del corpo. Quando questa contraffazione è imposta per lungo tempo dall'autosuggestione può condurre ad una cronicità che può definirsi un'anchilosi psichica. Ma nella grande maggioranza dei casi la sindrome isterica è transitoria e curabile mediante la persuasione. Allorchè la persistenza anormale della situazione isterica e d'accordo con l'interesse morale e materiale del soggetto, o con quello che crede suo interesse, come ad es. nei processi civili, negli infortuni sul lavoro, ecc., l'isteria si confonde con la simulazione intenzionale.

Tutte le transizioni, tutti i gradi possono osservarsi tra la mitomania sincera e l'isteria da una parte, e la simulazione intenzionale dall'altra.

La costituzione mitomaniaca può rivelarsi in stati morbosi anche più interessanti: gli stati sognanti, i deliri immaginativi acuti tossici o organici, deliri immaginativi cronici sistematizzati. Ben si comprende l'interesse etiologico, clinico e prognostico delle combinazioni di questo squilibrio immaginativo con la debolezza mentale, la paranoia, la mania intermittente o cronica, con le perversioni istintive, quali la vanità, la malignità, la cupidità, la lubricità, ecc. Queste diverse associazioni morbose si estrinsecano nelle manifestazioni varie della mitomania vanitosa, della mitomania maligna, della mitomania perversa, con le loro invenzioni, le loro abili simulazioni, le organizzazioni di scene fittizie, la creazione di titoli di nobiltà o di fortuna, la pretenzione ad eredità favolose, negli scrocconi, negli avventurieri, nei Don Giovanni professionali, ecc.

DR.

CHIRURGIA.

Il teratoma polmonare.

(H. R. e S. O. BLACK. *Annals of Surgery*, gennaio 1918, p. 73).

I teratomi sono generalmente solidi; qualche volta possono essere cistici. I dermoidi sono sempre cistici.

Essi hanno origine o da inclusione embrionale cutanea o dall'accrescimento di un uovo aberrante. Se non sono congeniti, la loro origine è dovuta a nidi epiteliali trasportati nei tessuti profondi da strumenti che hanno prodotto ferite da punta. Ambedue i menzionati gruppi di tumori sono perciò, rispetto all'origine, congeniti o acquisiti, e, rispetto alla sede, interni o esterni.

Esempi di teratomi esterni, sono rappresentati dal ben noto caso dei fratelli siamesi, dai casi di polidattilismo e di spina bifida che sono teratomi monogerminali e dai cosiddetti *foetus in foetu* che sono teratomi bigeminali.

Un uovo, che maturi normalmente, ma che dia origine a una faccia, a un capo, a un'estremità, a un tronco o a un bacino soprannumerario viene spiegato con la teoria della dicotomizzazione, la quale in sostanza ammette che esista la tendenza a biforcarsi nelle parti che terminano libere.

I teratomi interni sono molto più frequenti e sono quelli ai quali si allude quando si parla semplicemente di teratomi. I dermoidi poi sono più frequenti di tutte le specie di teratomi riuniti insieme.

Questi processi morbosi sono per lo più unilaterali, a lento sviluppo, generalmente non grandi e mancano di segni caratteristici. Se esiste un foro attraverso il quale vengono eliminati capelli, o pezzi di osso e di cartilagine o secrezioni cutanee, la natura del processo è senz'altro nota. Fisicamente sono di solito solidi, qualche volta molli, per lo più pastosi, qualche volta tesi e renitenti.

I dermoidi sono in massima costituiti da elementi cutanei e possiedono una o più delle formazioni annesse alla cute; mentre i teratomi sono tumori di una composizione istologica mista e ve ne sono alcuni contenenti tessuti, organi o sistemi di organi derivanti da due o da tutti i foglietti germinativi.

I dermoidi hanno una struttura semplice, mentre la struttura dei teratomi è complessa. Rispetto alla frequenza di questi tumori, l'ovaio occupa il primo posto, viene poi il testicolo, poi la regione sacco-coccigea e infine il mediastino.

Nel mediastino sono rari: nel 1888 Hare, tra 520 tumori mediastinici, trovò solo 8 dermoidi e un teratoma. Nel 1907 Christian potè raccogliere 63 demoidi e 6 teratomi.

Le più superficiali sedi di queste affezioni morbose sono i margini delle regioni temporali, la linea del dotto tireoglosso, le regioni delle fessure facciali e bronchiali e le regioni ove ha avuto sede una ferita da punta. Le tumefazioni cistiche dell'angolo esterno dell'occhio sono generalmente delle dermoidi e occorre ricordare che sono spesso connesse con gli involucri cerebrali attraverso una piccola apertura del cranio.

Istologicamente esse sono composte di due o più tessuti. Si sono spesso trovate nelle masse che le compongono cellule muscolari liscie, grasso, osso, cartilagine, dentina o cellule epiteliali della pelle o della mucosa dalle quali originariamente furono sequestrate. Christian scoprì la nevroglia in tre dei campioni studiati. Nei teratomi ovarici e peri-anali sono state dimostrate membrane mucose e zolle di tessuto tiroideo e mammario sono state descritte in teratomi situati molto distante da questi organi.

Poco è stato scritto intorno ai cosiddetti teratomi strumosi tiroidei dell'ovaio e teratomi dell'ovaio con tessuto tiroideo normale sparsi qua e là nella trama della ghiandola ovarica.

Secondo Novris vi sono circa tredici casi del genere. Alcuni istologi li hanno ritenuti metastasi di cancro tiroideo, benchè mancasse ogni segno di affezione cancerosa della tiroide. Altri li hanno chiamati endoteliomi, ma il microscopio non giustifica questo appellativo.

Norris ha osservato che essi sono a rapido sviluppo e che producono aderenze e ascite, mestruazioni dolorose e irregolari. Non è stata osservata in alcun caso la bilateralità dell'affezione.

La ghiandola tiroide può o non essere ingrandita. Essi tendono a divenire maligni e le probabilità del successo chirurgico sono migliori che se si trattasse di veri cancri.

Più noti sono i tumori congeniti del testicolo. Essi richiedono l'estirpazione.

Nelle regioni perirettale e sacrococcigea sono stati osservati di frequente come tumori senili e anche peduncolati e nella regione sacrale si sono osservate delle fistole mediane che hanno lo stesso valore morfologico dei predetti tumori.

Nel mediastino si originano da inclusioni cutanee e sottocutanee che avvengono nelle prime fasi della vita intrauterina. Si manifestano poi come tumefazioni dello sterno e situate vicino al suo periostio; molto più spesso migrano più verso l'interno e si situano nel mediastino anteriore. Quivi crescendo incontrano il pericardio e la pleura e, dopo aver perforato una o ambedue queste membrane, attaccano i visceri.

I *teratomi polmonari* perciò non si originano dal polmone stesso, ma nel mediastino. Una volta giunti nel polmone, possono comunicare con i bronchi e, venendo a contatto con l'aria, infettarsi.

Sistematicamente non vi è nulla di specifico. Tutti i classici segni di addensamento intratoracico, secondo la sede del tumore, possono esser presenti.

Si può avere dolore, tosse, dispnea, cianosi, emottisi; spesso senso di pienezza. Shaw crede che, a differenza dai tumori veri del polmone, manchi l'edema cervicale, e la distensione venosa. All'esame fisico si trovano i comuni segni di un tumore polmonare. L'esame coi raggi X se nell'interno del tumore mancano denti o pezzi di osso non basta a riconoscere la natura teratomatosa del tumore. Clinicamente bisogna escludere gli ordinari neoplasmi benigni o maligni, le gomme, gli aneurismi, gli ascessi polmonari, gli empiemi saccati, gli echinococchi e i granulomi tubercolari e actinomicotici prima di poter porre la diagnosi di teratoma o di dermoide.

Riguardo alla terapia, essa varierà secondo l'età e lo stato del paziente, la sede del tumore e l'esperienza del chirurgo. La terapia radicale sarebbe l'asportazione totale del tumore; ma è stata eseguita solo in un caso. Se l'asportazione non è possibile e se il tumore è cistico e disturba il circolo o il respiro, occorre aprire il torace e drenare la cavità della ciste. Si possono poi fare irrigazioni iodiche o di solfato di rame o di lisolo o di acetato di alluminio. Rimane però una fistola che persiste fino a che per altre ragioni o per complicazioni non avvenga l'esito letale. Questo genere di trattamento non è che un palliativo.

Esso fu applicato in un caso riferito dagli AA. e dette un miglioramento che durò circa 6 mesi.

EGIDI.

DERMATOLOGIA.

I cheloidi.

(JEANSELME. *Journal des Praticiens*, 1 marzo 1919. p. 129).

Chiamiamo cheloidi delle produzioni che non sono mai congenite, ma s'iniziano invece nell'età adulta, di rado nella vecchiaia; di struttura fibro-plastica, situate nello strato profondo del derma o nell'ipoderma. L'affezione è in generale indefinitamente progressiva e recidiva dopo l'ablazione: non suole generalizzarsi e per questo carattere si differenzia nettamente dai neoplasmi propriamente detti. A volte si presentano su di una cute perfettamente sana, altre volte su di una cicatrice. Quando si tratta di una cicatrice normale che esiste da qualche tempo e tende a trasformarsi in cheloide, il malato non avverte che un po' di prurito o un leggero senso di puntura. Su di un tratto della cica-

trice appare quindi una placca eritematosa che impallidisce durante la pressione col dito: dopo qualche settimana si manifesta una rilevatezza ed il cheloide arriva al periodo di stato.

Qualche volta la loro superficie è percorsa da vasi ectasici che possono essere il punto di partenza di veri angiomi. Noduli duri, compatti, irreducibili sono incastrati nella cicatrice primitiva: essi sono di forma variabile, lenticolari, allungati, etc. ed in genere hanno una disposizione relativa alla lesione da cui ebbe origine la cicatrice: se p. e. si trattava di uno zoster le manifestazioni chelodiene seguono la disposizione delle radici nervose: in altri casi assumono quella caratteristica forma, secondo il paragone di Alibert, di branche di gambero, onde il nome di cheloide, dal greco. In quei casi infine consecutivi a cicatrici da ustioni non ci osserva una netta differenza fra ciò che suol chiamarsi cicatrice deforme o ipertrofica ed il cheloide propriamente detto.

La struttura varia molto a seconda l'origine della lesione. Quando si ha a che fare con una neo-produzione spontanea, le alterazioni consistono essenzialmente in fasci di cordoni fibrosi situati proprio al disotto del derma, che è intieramente conservato, con rare cellule connettivali disposte a mo' di manicotto intorno ai vasi, come nei più leggieri stati infiammatorii. Nei cheloidi successivi a cicatrici, al contrario, tutta la parte superficiale del derma è distrutta e della epidermide non restano che due o tre strati di cellule al di sopra della normale linea ondulata delle papille. Rari sono i vasi ed i nervi: le glandole sudorifere ed i follicoli pilo-sebacei sono scomparsi.

Talvolta nel pieno del tessuto fibroso si osservano cellule giganti, le quali non sono già l'esponente di una tubercolosi ma soltanto di una semplice infiammazione subacuta.

Sovente i cheloidi sono disseminati a guisa di granuli in seguito a piccole lesioni per applicazione di caustici come la tapsia o anche la tintura di iodio; oppure in seguito a pustole di vaiuolo o di vaccino, od a lesioni ulcerose da sifilide, specialmente quelle della sifilide maligna precoce. Questa, che è frequente nelle razze nere ed asiatiche, talvolta arriva ad ulcerare tutta la cute di un arto: le cicatrici consecutive, cheloidiene e retratte, immobilizzano allora in posizioni viziose le articolazioni del gomito, del ginocchio, del polso, del collo del piede. Lo stesso può verificarsi in seguito a lesioni da *pian* (spirochete di Castellani).

Fra le malattie infettive che dominano nella regioni temperate la tubercolosi è quella in cui le manifestazioni cutanee sono più spesso seguite da neoformazioni cheloidiene.

Il cheloide si osserva con frequenza in seguito ad ustioni di secondo grado per liquidi bollenti o ad ustioni secche per bruciature di indumenti. Il cheloide della nuca, comune nell'uomo, rarissimo nelle donne, è un tipo clinico che merita un cenno speciale. Esso succede a foruncoli o a follicoliti giganti che si sviluppano lungo il margine fra i capelli e la nuca e si ripetono per anni ed anni sino a formare delle produzioni cheloidiene.

In quanto ai cheloidi così detti spontanei è bene tener presente che spesso all'esame microscopico si riconosce come delle lesioni glandolari rappresentino il punto di partenza della neoformazione sclerosa: talvolta anzi la lesione iniziale si vede anche ad occhio nudo. P. e. in certi cheloidi ad evoluzione centrifuga si osserva lungo i loro margini un certo numero di comedoni, ed in questi casi è lecito l'arguire che è stata una lesione sistematizzata delle glandole pilo-sebacee che ha prodotto la reazione fibro-plastica cheloidiena.

Questi cheloidi, impropriamente dunque chiamati spontanei, hanno sede per lo più nella regione pre-pettorale ciò che ha fatto pensare alla influenza di attriti, strofinio, ecc., dei vestiti, bottoni e simili, ma a torto giacchè si osservano anche fra gl'indigeni che adoperano vesti larghe, floscie e vanno nudi sino alla cintola.

Superfluo è il parlare di diagnosi differenziale: non è possibile confondere i cheloidi con altre malattie.

La patogenesi è oscura. Alcuni attribuiscono una parte preponderante al terreno, ad un'attitudine ereditaria o personale che sarebbe frequente nei soggetti dal tipo linfatico o strumoso, secondo altri si dovrebbe ammettere l'ipotesi di un germe provocatore del cheloide (Marie, Tilbury Fox, Darier). La questione è sempre però indecisa ciò che non permette una terapia razionale. L'ablazione chirurgica dà spesso luogo a recidive ancora peggiori del cheloide primitivo. Così pure è necessario astenersi dall'uso dei caustici troppo attivi. Talvolta giovano l'empiastro di Vigo, a base di mercurio, o l'empiastro rosso di Vidal a base di minio e cinabro. All'uso di questi topici può associarsi la compressione quando il cheloide non sia troppo doloroso e quando la topografia della regione lo consente. È opportuno poi ricordare che certe forme, quando non sono di origine cicatriziale, possono regredire spontaneamente. Volendo fare un trattamento più attivo si può ricorrere alle scarificazioni profonde, in modo da arrivare fino al tessuto dermico sano, e lontane 2 a 3 millimetri le une dalle altre. Bisogna però ripeterle sistematicamente per mesi ed anche per anni se si vuole arrivare ad un qualche risultato. L'associazione dell'elettro-terapia con le scarificazioni profonde è forse, attualmente, il miglior metodo di cura. Può anche tentarsi la radioterapia, sola od associata con le scarificazioni profonde. La tiosinamina per iniezioni ipodermiche può essere utile nei casi di produzioni fibro-plastiche minime.

V. MONTESANO.

STORIA DELLA MEDICINA.

Domenico Cotugno e la teoria sulla audizione.

(G. GRADENIGO. *La Riforma medica*, 1918, 671).

L'ipotesi sulla audizione basta sul fenomeno della risonanza dei singoli suoni nella chiocciola venne accennata nel 1683 dall'anatomico francese Du Verney e fu proposta più chiaramente da Valsalva nel 1704. Cotugno nel 1761 modificò a sua volta alcune idee di quest'ultimo e formulò sulle funzioni della chiocciola quella dottrina che — a distanza di un secolo — venne riproposta dall'Helmholtz, il quale, naturalmente, non ricorda affatto gli italiani!

La dottrina esposta da Valsalva conteneva due principali inesattezze, imputabili allo stato delle conoscenze dell'epoca. Ammetteva ancora, insieme con la linfa, l'esistenza, nelle cavità labirintiche di aria, l'*aer implantatus seu congenitus* degli antichi; i suoni sarebbero stati trasmessi dalla base della staffa a mezzo dell'aria all'estremità labirintiche del nervo acustico. Riteneva inoltre, e per errore, che la parte membranosa del setto cocleare — oggi *lamina basilaris,* — la quale rappresentava quale un sistema di corde musicali tese e risonanti, possedesse maggiore ampiezza alla base della chiocciola che non all'apice; onde collocava la percezione dei toni bassi alla base, degli acuti all'apice.

Cotugno escluse l'aria e affermò l'esistenza costante di un liquido negli spazi labirintici, ne indicò la probabile origine dai vasi sanguigni, scoprì le principali vie di afflusso dal labirinto di detto liquido -- *acquedotti* del vestibolo e della chiocciola, — descrisse la vera disposizione della lamina basilare nella chiocciola.

Riguardo al liquido labirintico è giusto notare che esso non fu veduto per primo dal Cotugno, già Vieussens, Valsalva, Cassebohm, Morgagni avevano riconosciuto la presenza di un umore acquoso nel labirinto dell'uomo e degli animali, ma ritenevano che il liquido non riempisse interamente gli spazî labirintici, commisto all'aria congenita. Non deve recar meraviglia che uomini così eminenti — malgrado i fatti osservati da essi — persistessero a prestar fede a una antica tradizione, quando si consideri che avevano esaminato dei temporali secchi, nei quali era scomparsa ogni traccia di liquido; inoltre i fisici ritenevano allora che l'acqua fosse di sua natura incompressibile, priva di elasticità e quindi non atta a trasmettere il suono. Quet'ultima possibilità fu generalmente riconosciuta solo nella prima metà del sec. XVIII (Hawksbee, 1709; Nollet, 1742): Cotugno ha dunque potuto giovarsi di tale nozione per la sua ipotesi.

Egli, esaminando il meccanismo con cui si compie l'udito, in base ai suoi reperti anatomici, conferma le vedute di Valsalva circa l'ufficio della membrana timpanica e delle grandi ossicine; se ne allontana solo per quanto concerne i movimenti della staffa: questa per Cotugno si muoverebbe a guisa di cerniera attorno alla parte anteriore della base più fissa, mentre per Valsalva — e ciò fu confermato dai moderni — il movimento accade attorno alla parte posteriore.

Cotugno ammette che il liquido labirintico sotto gli impulsi della staffa compia due circolazioni: maggiore e minore. La staffa si approfonda nel vestibolo, spinge all'avanti il liquido labirintico contro il supposto setto membranoso del vestibolo; questo a sua volta comprime il liquido nella cavità anteriore, che passerebbe da questa alla posteriore a traverso il canale semicircolare esterno e farebbe ritorno alla prima per il canale verticale anteriore (grande circolo); un circolo minore si stabilirebbe a traverso il canale posteriore.

Queste circolazioni sono prodotto di fantasia e ben presto Caldani e Scarpa tolsero loro ogni fondamento; ma rimane il merito di avere intuito — come appare dalle lettere inedite da me pubblicate, ove polemizza con Haller — le relazioni intime fra circolo del liquido cefalo-rachidiano entro il cranio e quello del liquido labirintico.

In pochi periodi ha racchiusa per intero la teoria della risonanza del pianoforte secondo i concetti moderni; e il rispondere di ogni corda ai singoli toni, la possibilità dell'analisi di un suono complesso, l'estensione della scala tonale nell'uomo e la localizzazione dei toni bassi e acuti. Cotugno tiene conto anche dello smorzamento delle vibrazioni, che sarebbe facilitato dal liquido, entro cui sono immerse le estremità nervose labirintiche. Memorabile è in fine il suo concetto — al quale gli studi più recenti ci riconducono — sulle funzioni comparate del vestibolo e della chiocciola: col primo percepiamo il suono, con la seconda discerniamo i toni.

G. B.

Pubblicheremo prossimamente:

S. BELFANTI, *L'influenza e le sue cause;*

DE FAVENTO, *La cura della sifilide negli ultimi anni.*

A. POGGIOLINI, *L'incisione da preferirsi per lo svuotamento dell' adenoflemmone sottomascellare;*

A. PRATI, *Considerazioni pratiche d'elioterapia.*

NOTE E CONTRIBUTI.

Ancora sulla trazione continua dei lembi dei monconi d'amputazione non suturati.

Leggo nel giornale *Policlinico* (Sezione pratica, fasc. 51, anno 1918, pag. 1255), una breve nota del prof. Ernesto Bellaudi ad illustrazione di un suo metodo per ottenere la trazione continua dei lembi dei monconi d'amputazione non suturati.

Questo metodo è basato sullo stiramento dei lembi mediante striscie di cerotto adesivo giustapposte, applicate da un lato agli estremi dei bordi del moncone e dall'altro terminanti con robusti fili di seta ad esse fissati, i quali annodati fra di loro, producono la distensione dei lembi.

Con questo metodo si avrebbe il vantaggio, immenso in certi casi, di poter far alzare precocemente gli ammalati evitando una degenza piuttosto lunga, quale viene richiesta dalla trazione a pesi, secondo fu suggerita nel 1906 dal Ferraresi (*Rif. osp.*, 1916, n. 21).

A questo riguardo mi permetto di riferire brevemente un metodo da m adottato col quale si può ottenere del pari la trazione e nello stesso tempo il levare precoce dell'ammalato. Esso consiste nell'applicazione di una piccola stecca sul modello di quella del Jones per la contenzione in trazione delle fratture del femore, opportunamente ridotta e modificata (vedi figura).

Mentre la base della stecca del Jones è circolare, quella della stecca da me adoperata è ovalare, ciò che presenta vantaggi non indifferenti: anzitutto evita lo spostamento della stecca all'esterno e quindi la deviazione dell'arto in abduzione, in secondo luogo offre una maggior superficie ai punti di appoggio ossei (pube, tuberosità, ischiatica, spina iliaca a. s.).

Trattandosi, per esempio, di moncone di amputazione della coscia, si applicano 4-6 striscie di cerotto adesivo circolarmente sui lembi cutanei, oppure si applica mediante adesolo una cuffia di maglia di cotone fissata ai bordi cutanei, agli estremi ravvicinati a mazzo delle striscie di cerotto od all'estremo della cuffia si fissa un tubo di gomma, previa applicazione della medicatura sulla superficie cruenta del moncone. Si introduce il moncone attraverso l'ovale della stecca convenientemente imbottito e si attacca il tubo di gomma all'uncino posto all'estremità inferiore della stecca.

Se si vuole si fissa la stecca alla sua base (radice della coscia) con qualche giro di benda a spica avvolgente il bacino, ciò che non è assolutamente necessario poichè, data la forma e la funzione dell'apparecchio, esso tende a fissarsi da sè per la trazione esercitata su di esso dal tubo elastico e per la controtrazione che viene conseguentemente ad esercitarsi dall'ovale dell'apparecchio sul pube, tuberosità ischiatica e spina iliaca anteriore superiore.

L'uncino di fissazione del tubo di gomma si può, mediante un semplice dado a vite, accorciare od allungare a piacimento e quindi aumentare o diminuire la trazione.

Con una stecca identica ma alquanto più lunga si può ottenere lo stesso scopo nei monconi di amputazione della gamba.

Mi sono sempre servito di questo apparecchio con ottimo risultato e per quanto trattisi di un dispositivo di lieve importanza ho voluto renderlo noto per la sua semplicità ed utilità pratica, in confronto di altri più complicati o che richiedono una prolungata degenza.

Asti 3-1-1917.

Prof. dott. MARIO FASANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Torino.

Seduta del 10 gennaio 1919.

Osservazioni sull'apparato visivo in ferite croniche di guerra.

GRIGNOLO riferisce le sue osservazioni sull'apparato visivo in 251 casi di ferite croniche di guerra. Egli tratta singolarmente delle alterazioni del campo visivo distinguendolo in tre gruppi: emianopsia e scotomi emianopsici, restringimento concentrico del campo visivo senza lesioni oftalmoscopiche, ampliamento della macchia cieca.

I casi di emianopsia laterale omonima in numero di otto, offrivano diversi tipi delle lesioni che possono produrre questo genere di disturbi visivi; dalla ferita diretta limitata ad un ristretto punto della sfera visiva corticale, alla ferita interessante nello stesso tempo le radiazioni e la corteccia, alla contusione. L'emianopsia era o pura o accompagnata ad afasia e a lesioni di nervi, con frequenza del facciale.

L'emianopsia a quadrante venne dall'*A.* riscontrata una sola volta; la ferita aveva interes-

sata la parte più alta della regione occipitale sinistra ed il campo visivo mostrava la mancanza del quadrante inferiore destro; ciò che confermerebbe l'opinione che alla parte superiore della sfera visiva (labbro superiore della scissura calcarina) di un lato, corrisponde un quadrante superiore della retina dei due lati.

In cinque casi si osservarono delle emianopsie atipiche.

In un caso di emianopsia bitemporale si osservava una piccola ferita ad un centimetro circa al disopra della glabella, prodotta da una scheggia che era penetrata nel cranio e che aveva con tutta probabilità lesionato la parte mediana del chiasma.

In otto casi di scotomi emianopsici le ferite interessavano le diverse regioni del capo con esclusione di quella occipitale, avevano quindi agito sulla sfera visiva indirettamente, per contusione da contraccolpo.

In sedici casi l'O. ha riscontrato il restringimento concentrico del campo visivo senza lesioni oftalmoscopiche, alterazione dovuta o a disturbo funzionale per la commozione o ad aumento passeggero della tensione del liquido cefalo-rachidiano, o semplicemente a fatti di neurosi traumatica.

L'ampliamento della macchia cieca che qualche autore avrebbe constatato in seguito a traumi del capo non venne mai riscontrato da Grignolo.

NEGRO. A proposito dei casi di restringimento concentrico del campo visivo, la cui patogenesi pare ancòra oscura, nota che questo sintomo è abbastanza frequente negli istero-traumatizzati; per cui occorre nei casi in cui esso è evidente praticare un esame generale del sistema nervoso dei malati.

Origine eumicetica dei piedi congelati.

QUARELLA e VENTARELLI riferiscono alcune ricerche sulla presunta origine eumicetica dei piedi congelati. Da esse risulta che la teoria di Raymond e Parisot non è affatto sostenibile; il piede cosidetto da trincea non deve la sua origine a speciali muffe, e non è nemmeno giustificato di farne una entità clinica a se dovendo tale affezione rientrare e per considerazioni eziologiche e per la sintomatologia nel grande quadro delle congelazioni.

PIETRO SISTO.

Società Medica di Pavia.

1 marzo 1919.

Ricerche istologiche su alcuni tessuti in istato di sopravvivenza in vitro.

E. VERATTI. — L'A. riferisce sopra una serie di ricerche su culture di tessuti adulti col metodo di Carrel. A differenza della maggior parte degli AA., che si sono occupati di culture di tessuti, non si è limitato all'esame microscopico delle culture *in toto*, ma ne ha fatto un esame completo su sezioni in serie; con questo espediente ha potuto seguire anche le modificazioni che presentano gli elementi nell'interno del tessuto, dal quale la cultura prende origine e che fino ad ora poco avevano attirato l'attenzione degli osservatori.

Oltre che con tessuti normali, ha allestito culture di polmone, fegato, cervello, milza e rene di coniglio in presenza di bacilli tubercolari vivi e culture di tesuti vari di animali prima trattati con iniezioni endovenose ripetute di carmino col metodo di Kiyono.

Le conclusioni riguardano la capacità a proliferare in culture dei diversi elementi dei tessuti adulti ed indirettamente portano un contributo alla risoluzione di alcune questioni generali ancora controverse come l'origine dei fagociti del polmone e delle cellule granulose dei processi infiammatori del tessuto nervoso, l'istogenesi delle cellule giganti tubercolari, la natura il significato ed i rapporti delle cellule di Kupfer.

L'esposizione dei fatti è documentata dalla presentazione di preparati microscopici e di disegni.

Pellagra e sindromi pellagroidi.

BRAVETTA EUGENIO. — Col sussidio di numerose proiezioni l'O. dimostra casi di pellagra ed altri di forme morbose pellagrosimili, nei quali si trovarono talora riuniti i sintomi della pellagra e cioè eritemi cutanei, turbe gastro-enteriche, disturbi nervosi e psichici, tali da simulare il quadro clinico della pellagra classica.

L'O. però sostiene che se si procede in ogni caso ad un esame clinico accurato e completo, specialmente dal punto di vista neurologico e psichico, corredato inoltre da esatte informazioni anamnestiche e catamnestiche, è di regola possibile una esatta diagnosi differenziale, poichè da una parte la pellagra offre sintomi somatici e psichici che le sono peculiari e, dall'altra, le forme pellagrosimili ne presentano quasi sempre altri che le differenziano nettamente dalla prima.

Tuttavia l'O. riconosce che rimangono ancora alcuni casi di dubbia diagnosi, i quali non potranno essere definiti se non quando sarà, con certezza scientifica, risoluta la vessata questione della eziologia della pellagra.

S.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

I vomiti pilorici del neonato.

Possono presentarsi alle prime poppate ed essere incoercibili (atresia del piloro), oppure, più spesso si notano al primo od al secondo mese (pilorospasmo, o stenosi congenita del piloro). Il materiale viene vomitato con forza, a getto, dopo ogni poppata, subito o poco dopo. Si accompagna una costipazione marcata; lo stato generale rimane discreto per un certo tempo, la febbre assente.

All'esame locale si osserva: 1) *peristaltismo* visibile specie nei casi gravi; 2) *gonfiezza della regione epigastrica; 3) tumore* rivelabile alla palpazione, costituito, secondo alcuni dall'anello pilorico, secondo altri dallo stomaco in contrazione tonica.

Se l'affezione non è curata in tempo porta ad una intolleranza gastrica assoluta seguita da dimagramento grave.

Spesso la lesione è misconosciuta ed i bambini muoiono con diagnosi di marasma, di gastro-enterite, di inanizione, ecc.

Nei casi dubbi la radioscopia fornirà importanti schiarimenti; si aggiunge un po' di bismuto al latte materno e si esamina il bambino vestito per evitare il raffreddamento.

La persistenza di una metà del bismuto dopo quattro ore costituisce una indicazione per l'operazione.

Trattamento. — È indispensabile una buona igiene: il bambino va tenuto al caldo, gli si devono dare pasti piccoli e frequenti (p. e. ogni due ore). Dopo il pasto, il bambino va tenuto in posizione orizzontale; gli si fanno applicazioni calde all'epigastrio, e si somministra del bicarbonato di sodio (10-20 centigr.) o del citrato di sodio, in acqua zuccherata. Si potrà dare altresì del labfermento, del pancreas o simili preparati, ricorrendo eventualmente a lavande gastriche, prima della poppata.

Talvolta con questi semplici mezzi, si otterranno guarigioni, qualche volta vi si possono associare dei rimedi. Così p. e., per sopprimere lo spasmo, sono stati consigliati la novocaina (un milligrammo prima di ogni poppata), la dionina (alla stessa dose) la tintura d'oppio (due centigrammi tre volte al giorno), la papaverina (cinque-dieci milligr. prima dei pasti).

Nel caso di vomiti inveterati, si ricorrerà alla operazione di Strauss, che consiste nell'incisione della porzione muscolare, rispettando la mucosa.

(H. Vignes. *Journal des praticiens,* 18 gennaio 1919). FIL.

Intolleranza in certi poppanti verso il latte di vacca.

Si possono verificare (Marfan. *Le Nourrison,* nov. 1918), nei poppanti ad allattamento artificiale, due categorie di disturbi. Nell'una il latte di vacca agisce come un alimento inadatto alla funzione digerente ed al potere di assimilazione, e dà i soliti inconvenienti che si osservano nei bambini, che non hanno allattamento naturale.

Gli altri disturbi più rari e più gravi, si verificano anche se il latte di vacca è ingerito in piccolissima quantità, si ripetono ad ogni somministrazione di esso, e sono probabilmente dovuti ad anafilassi alimentare. Al presentarsi di tali accidenti, si deve sospendere il latte, tenere il bambino a dieta idrica per 24 ore, ricorrendo, nelle forme gravi, ipertossiche, alle iniezioni di siero artificiale, di olio canforato, a bagni tiepidi, ecc.

Dopo 24 ore, si può riprendere l'alimentazione, meglio tentando dapprima il latte di donna o di asina, oppure incominciando a dare dosi piccolissime di latte.

Si somministra una goccia in 50 grammi di acqua: dopo un'ora se ne dànno due, poi tre, fino a far tollerare un cucchiaio di latte. Si mantiene questa dose per 24 ore, poi si aumenta gradatamente, distanziando i pasti. Frattanto si supplirà alla deficienza alimentare con brodo di legumi, o, se il bambino ha oltrepassato i sei mesi, con pappe di farina senza latte.

Talvolta sono meglio tollerate le diverse preparazioni di latte (latticello, latte condensato, in polvere, ecc.).

Da qualche autore viene consigliato l'uso di fermenti (presame, pepsina, pancreatina) aggiunti al latte od una cura antianafilattica, con iniezioni di quantità crescenti da 10 cg. 1 gr. di siero di bovino.

(*Journal de Méd. e Chir. pratiq.*, 25 febb.). FIL.

TERAPIA.

Sulla terapia del tetano.

H. B. Gessner (*Journ. Am. Med. Association,* 14 sett. 1918), rileva dalle statistiche dell'Ospedale della carità in New Orleans, che la mortalità per tetano è stata del 79.1 % nel periodo dal 1840 al 1889 e del 70.7 % dal 1890 al 1917, cioè dopo l'introduzione del siero.

Questa diminuzione, sebbene non sia insignificante, è piccola in confronto con quella osservata in altre malattie, come p. e. la difterite, in cui è stata applicata la sieroterapia. È necessario quindi tentare con ogni sforzo, di correggere gli errori, in modo da diminuire tale mortalità elevata.

A tale scopo, l'A. consiglia di iniettare subito 1500 unità immunizzanti ad ogni individuo che abbia ricevuto una lesione lacero-contusa, da punta, da arma da fuoco, specialmente se vi sono corpi estranei nella ferita oppure l'individuo è rimasto esposto a contaminazioni nella strada, in orti, stalle, ecc.

Quando la suppurazione tende a continuare, la somministrazione del siero va ripetuta ad intervalli di dieci giorni, in quanto che si ha ragione di ritenere che la sua influenza protettrice non duri oltre questo termine.

I pazienti vanno isolati in stanze tranquille e munite di *comfort*, sotto la cura di medici e di infermiere, che se ne interessino con amore e fiducia. Il trattamento va condotto con grandi dosi di siero, non meno di 10.000 unità per ogni dose. La somministrazione per via endomuscolare, endovenosa, endoneurale e sottoaracnoidea deve venire sempre più diffusa.

Occorre rivolgere estrema attenzione agli alimenti e bevande, alla pulizia della pelle, alle funzioni intestinali, ricorrendo poi ai sedativi per colmare l'ansia ed alleviare il dolore.

I. P.

Il trattamento auto-siero terapico della corea.

Goodmann basandosi sulla presunta natura infettiva della corea, qualche anno fa tentò il trattamento auto-sieroterapico di questa affezione. Dopo aver prelevato il sangue da una vena del braccio del paziente, egli lo centrifugava per separare il siero, che iniettava nel canale rachideo, dopo aver fatto scolare 15-20 cm. di liquor. Moffet (*Medical Record*, volume 92, n. 10) ha ripetuto questi tentativi adoperando una tecnica analoga. Si estraggono da una vena 5 cm³ di sangue che si centrifuga rapidamente; si separa con una pipetta il siero, che si versa in un recipiente sterile e mantenuto alla temperatura del corpo. Si fa quindi una puntura lombare, si ritirano 20 cm³ di liquido cefalo-rachidiano e quindi si inietta il siero. Il paziente deve restare in decubito dorsale per una o due ore. La iniezione può essere ripetuta ogni cinque o sei giorni.

Nei casi non gravi i risultati si manifestano immediatamente con diminuzione della coordinazione muscolare fino alla scomparsa di ogni fenomeno morboso. Numerosi casi di corea che si erano mostrati ribelli ad ogni cura sono guariti in seguito a questo trattamento; solo nel cinque per cento dei casi si è avuto dopo un anno una recidiva.

DR.

Sulla sieroterapia delle meningiti cerebro-spinali.

A. Netter (*Paris Médical*, 4 maggio 1918) rileva che buona parte degli insuccessi della sieroterapia meningococcica si devono a difetti di metodo (necessità di ripetere le iniezioni parecchi giorni di seguito e iniettare ciascuna volta dosi elevate), ma che gli insuccessi più numerosi si devono soprattutto alla insufficienza del potere curativo dei sieri adoperati, insufficienza che è in rapporto alla proporzione sempre più elevata dei ceppi di meningococchi contro i quali rimangono inattivi i sieri messi in commercio. Infatti è ben certo che menigococchi affatto identici per i loro caratteri generali (forma, aspetto delle culture, reazioni biologiche) possano differire profondamente per i loro caratteri antigeni. Ciò è stato rilevato da parecchi autori servendosi dell'agglutinazione. Queste considerazioni hanno consigliato Netter a servirsi di sieri polivalenti ed i risultati ottenuti adoperando nello stesso malato sieri di origine differente hanno convalidato il suo convincimento. Per ottenere migliori risultati l'A. pensa che sarebbe vantaggioso sostituire al siero, ottenuto con la mescolanza a parti uguali di siero anti-A e anti-B, un siero bivalente ottenuto da un cavallo immunizzato contemporaneamente contro meningococchi del tipo A e del tipo B. Questo siero potrebbe essere attivo in minore volume: si avrebbe così la possibilità di iniettare quantità minime di siero e ridurre l'eventualità degli accidenti serici.

Il Netter si è procurato siero così prodotto e lo ha adoperato in 17 casi, ottenendo risultati incontestabilmente superiori a quelli che si hanno adoperando i sieri monovalenti.

a. a.

La dieta nell'asma con prurigine di Besnier.

C. Rasch (rif. in *Medical Review*: febbraio 1919) ha osservato un paziente di 18 anni che soffriva di prurigine di Besnier fin dall'età di tre anni e di attacchi asmatici, fin dai sei anni. Oltre alle lesioni cutanee tale paziente presentava lieve enfisema polmonare e tubercolosi delle ghiandole bronchiali. Quest'ultimo fatto, associato con l'asma non è raro nella prurigine di Besnier.

Durante il soggiorno nella sezione dermatologica, il paziente venne tenuto a dieta latto-vegetariana: gli accessi d'asma — che erano dapprima molto gravi e frequenti — non si verificarono mai e le lesioni cutanee praticamente scomparvero con la semplice applicazione di

compresse e di una pasta di zinco. Trasferito poi il paziente in un'altra sezione per la cura dell'affezione polmonare, venne messo a dieta completa. Gli accessi d'asma ritornarono (sette in tre settimane) ed il prurito venne a tormentare nuovamente l'ammalato.

L'A. ne conclude che probabilmente la causa di questo peggioramento va ricercata nella dieta carnea, e consiglia di curare, come egli ha fatto con successo, i casi d'asma e prurito con una semplice dieta latto-vegetariana.

L. P.

IGIENE.

La disinfezione delle abitazioni nella lotta antitubercolare.

In un articolo di politica sanitaria riferentesi alla lotta antitubercolare, pubblicato nella *Gazzetta medica napoletana* (1919, p. 189), si fa molto affidamento sulla disinfezione obbligatoria delle case tutte le volte che avvenga un cambiamento d'inquilini.

La proposta merita certo di essere presa in considerazione se si pensa all'influenza che ha la abitazione nella diffusione del bac. tubercolare ed allo scarso valore pratico della denuncia obbligatoria della tubercolosi in caso di cambiamento di domicilio. Sfuggono la maggior parte a questo obbligo legale che, se adempiuto, potrebbe essere di guida all'Autorità sanitaria per provvedere alla disinfezione delle abitazioni lasciate da individui tubercolosi; nè, d'altra parte, il casellario delle abitazioni si trova, negli uffici comunali di igiene, impiantato o regolarizzato in modo da mettere in evidenza le case di tubercolosi, verso le quali almeno sarebbe opportuno intervenire con maggiore energia. In queste deficienze non rimane altro che rendere obbligatoria la disinfezione delle abitazioni ogni volta che avvenga un cambiamento d'inquilini, la quale dovrebbe venire estesa anche alle case di campagna destinate ad accogliere i villeggianti e nelle quali troppo spesso albergano tubercolosi, ed alle camere d'albergo, fomite sempre pericoloso di infezioni.

Praticamente non vi è nessuna difficoltà nella applicazione della proposta; ogni cambiamento di domicilio dovrebbe essere segnalato all' Ufficio di Igiene il quale provvederebbe alla disinfezione dell'appartamento che si va ad abitare, ogni spesa relativa essendo a carico a parti uguali del Comune, del proprietario e dell'inquilino. Una grave difficoltà si presenta però in quelle città dove gli affitti hanno scadenze annuali e i cambiamenti di abitazione si fanno, per antica consuetudine, tutti in un giorno stabilito, come ad esempio il 4 maggio a Napoli o il giorno di San Michele a Milano. Quando questo sistema sia in vigore non è il caso di pensare a disinfezioni, praticamente impossibili perchè accumulate tutte in breve periodo di tempo e perchè, nella ressa dei traslochi, un inquilino esce e l'altro entra senza dar tempo di provvedere neppure alla più semplice pulizia. Sarebbe quindi necessario mutare dapprima le consuetudini in proposito, compito non agevole poichè gli inveterati usi popolari sono i più difficili a togliersi sopratutto quando i motivi che ne consiglino il disuso non possono far breccia nello spirito del pubblico.

È anche da osservare che nella attuale deficienza di abitazioni, che è fenomeno comune a parecchie città, male si capisce come un appartamento possa rimanere disabitato per qualche giorno, tempo necessario per procedere ad una efficace disinfezione che non sia solamente una vana parvenza. Ma si tratta probabilmente di un fenomeno transitorio ed a ogni modo caratteristico solamente dei grandi centri.

Sembra pertanto necessario innanzi tutto studiare un opportuno regolamento diretto ad evitare che nelle città i contratti di fitto abbiano inizio e fine in uno stesso giorno dell'anno. Risolto questo problema, che è quello che presenta maggiori difficoltà, si deve provvedere alla reale e completa disinfezione di ogni casa in cui debba entrare un nuovo inquilino e di ogni casa di campagna ove si rechi ad alloggiare un nuovo ospite, anche temporaneamente.

Inoltre la disinfezione dovrebbe essere obbligatoria in ogni stanza d'albergo alla partenza di chiunque vi abbia soggiornato e per renderla più agevole, ed anche per evitare facili inquinamenti, negli alberghi dovrebbero essere proibiti i tappeti, le tende, o tollerati se di materiale facilmente pulibile e disinfettabile, come il linoleum per i tappeti e il filo od il cotone per le tende; anche i materassi di quando in quando dovrebbero venire disinfettati.

Sembra pure all'A. che prescrizioni legali dovrebbero essere fissate onde rendere obbligatoria la disinfezione di tutti i luoghi dove vi è gran concorso di persone, con conseguente diffusione nell'ambiente di virus tubercolare, come i teatri, le chiese, le scuole, i cinematografi.

g. s.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1064) *Nella atricosi.* — All'abb. n. 10017:

Nella ipotricosi dovuta a predisposizione congenita non c'è gran che da fare, oltre le cure toniche solite ed i consueti stimolanti locali a base di tintura di capsico, di cantaridi ecc., usati con

moderazione. Ricercare se il fenomeno non sia in rapporto con qualche disturbo generale (ipotiroidismo) e regolarsi in conseguenza.

V. MONTESANO.

(1065) Al dott. L. Vaccari, Guarda Veneta. Per l'igiene scolastica può consultare:

S. Santori: « Igiene scolastica, con elementi di anatomia e fisiologia ». Roma, Tip. Artero, 1908;

A. Lustig: «L'igiene della scuola». Milano, F. Vallardi, edit. (senza data);

M. Ragazzi: « Igiene della scuola e dello scolaro ». Milano, U. Hoepli edit., 1913.

G. Badaloni: « Igiene pedagogica ». Roma, Soc. Editr. Dante Alighieri, 1911.

V. De Giaxa: « Igiene della scuola ». Milano, U. Hoepli. edit., 1880;

F. Mercanti: « Igiene scolastica e medicina pedagogica ». Firenze. R. Bemporad e F. (senza data);

A. Graziani: « Il medico scolastico ». Padova, F.lli Drucker editori. 1911;

A. Repossi: « Igiene scolastica ». Manuale Hoepli.

R. Guaita: « Compendio di igiene scolastica ». Milano, Omodei — Zorini ed. 1894.

Per l'insegnamento dell'igiene nelle scuole:

A. Carraroli: « Istituzioni d'igiene per le scuole normali ecc. ». 2ª ediz., Parma, L. Battei edit., 1898;

A. Zambler: « Nozioni d'igiene per le scuole elementari, guida pratica per i maestri ». Milano, Tipo-Lit. editr. dei Medici, 1906;

V. Puntoni: « Elementi d'igiene per le scuole professionali ». Bologna, N. Zanichelli, 1916;

E. Modigliano e M. Capei: « Nozioni d'igiene ad uso delle scuole normali e professionali ». Firenze, R. Bemporad e F., 1906.

S. Santori: « L'igiene e la vita ». Roma, Bontempelli e Invernizzi, 1912.

E. Tassoni: « Manuale di igiene e medicina popolare ». Casale Monferrato, Casa Ed. F.lli Marescalchi, 1914.

L. P.

(1066) All'abb. n. 9748:

Brémond: « Les préfugé en médecine et en hypiène », Paris, 1892.

Brouardel: « L'exercice de la médecine et le charlatanisme », Paris, 1899.

Saint-Aurens: « Les charlatans de la médecine », Paris, 1904.

Cabanès et Barraud: « Comment on se soigne aujourd'hui. Remèdes de bonnè femme », 1907.

G. Strafforello: « Errori e pregiudizi volgari, confutati con la scorta della scienza e del raziocinio » (Manuali Hoepli).

g. b.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

PASTEUR VALLERY-RADOT. *Etudes sur le fonctionnement rénal dans les néphrites chroniques.* — Masson et C.ie, Paris 1918.

I nuovi metodi di indagine fisiopatologica hanno portato una trasformazione profonda nel campo della patologia renale ed hanno illuminato di luce nuova fatti che l'osservazione clinica aveva rilevato senza però poterne sempre penetrare la natura. Per questi metodi di indagine che hanno trasformato radicalmente le concezioni sulle nefriti l'esame funzionale dei reni è divenuto uno studio di una precisione quale la clinica non ha per nessun altro organo, e sebbene non tutte le conclusioni che sono state tirate fuori dallo studio della funzionalità renale possano resistere ad una critica severa, pure oggi il clinico che voglia sul nefritico stabilire un diagnostico fisiologico, un pronostico ed un trattamento razionale non può non servirsi di questi moderni metodi di indagine.

Una letteratura oramai abbondante esiste su questi metodi ed un gran numero di studiosi continuamente aggiungono nuovo contributo di ricerche e di osservazioni, e nuovo ed interessante contributo, ricco di personali osservazioni eseguite sotto la direzione di Widal, aggiunge Pasteur Valery-Radot con questa sua monografia.

L'A. in una sua introduzione riassume le concezioni della scuola francese ed espone poi in successivi capitoli il risultato di sue osservazioni su i nuovi metodi di esplorazione del funzionamento renale con le eliminazioni provocate, sul ritmo della ritenzione clorurata, sull'azotemia, sull'ipertensione arteriosa permanente, sulle nefriti epiteliali e interstiziali di origine sperimentale.

Le numerose osservazioni cliniche corredate da gran numero di ricerche analitiche rendono di pratico interesse questa monografia che segna certamente un notevole contributo nel campo degli studi della patologia renale.

SILVESTRI.

BARBÀRA MARIO. *La fisiopatologia della tiroide e del timo nei rapporti con le infezioni.* — Un vol. in 4° di 260 pag. Soc. ed. libraria, Milano. Prezzo L. 10.

Svariati e complessi sono i rapporti fra ghiandole endocrine ed infezione, sia nel senso di proteggere e difendere l'organismo, sia nell'imprimere alla sintomatologia un aspetto particolare, sia infine nell'essere le stesse ghiandole sede dell'infezione.

L'A. nella prima parte del lavoro studia il comportamento della tiroide nelle infezioni e conclu-

de come la clinica venga a confermare i reperti della fisiopatologia sperimentale, che dimostrano sia i cambiamenti morfologici della tiroide, sia la modificazione dei fattori immunitarî.

Più largo è il contributo, anche di ricerche personali, al problema dei rapporti fra tiroide e timo e fra questo e le infezioni. Se ne deduce l'ipotesi che lo stabilirsi di una insufficienza primaria del timo possa rappresentare uno dei momenti predisponenti per le infezioni in genere.

Si rileva altresì l'importanza di ricercare nelle infezioni i sintomi e segni timici, i quali vengono accennati dall'A. che ne trae delle linee di orientamento diagnostico. L'importanza del timo viene altresì messa in rilievo per il fatto che l'insufficienza di esso può rientrare fra le cause predisponenti all'infezione tubercolare.

fil.

JOSEPH MARIE. *Medical vocabulary*, inglese, francese, italiano. — Un vol. in-16° di 108 pagine. P. Blakiston'son and Co ed. Philadelphia. Prezzo 1/2 dollaro.

L'intento di questo utile libriccino è chiaro: di fornire al personale medico di lingua inglese, che per causa della guerra si trova in contatto con italiani e francesi, la possibilità di intendere e di farsi capire, nell'àmbito dell'esercizio professionale. Quindi, oltre al dizionario dei termini medici, vi è una raccolta di frasi e di termini più usati, nell'assistenza al malato ed al ferito: vi sono anche tavole di riduzione per i pesi, le monete, i termometri, ecc. Qualche errore è sfuggito, come p. e. la traduzione di chloride, in clorite invece di cloruro, eyeball, in pupille invece di globo oculare, ecc., mende del resto scusabili in un simile lavoro, che è il primo del genere e che può essere utilmente consultato anche da quanti hanno occasione di leggere libri e giornali medici in lingua inglese.

fil.

VARIA.

La Biologia nei Dizionari. — È vecchia la storiella che un giorno a Milne-Edwards venisse chiesto dal Littré se era esatta la definizione: « *Ecrevisse, s. f. Poisson rouge qui marche à rebours* ». E che l'illustre carcinologo rispondesse: È giustissima, salvo che il gambero non è un pesce, non è rosso e non cammina all'indietro!

Ma metto sott'occhio al lettore tre voci copiate dall'ultima edizione del grande *Dizionario francese-italiano* di Ferrari e Caccia (F.lli Garnier, Parigi, 1918).

Branchie, s. f. pl., le ali vicino al capo dei pesci, ossia quelle parti a guisa di mantici vicine alla cervice, che loro tengon luogo d'orecchi.

Naso, s. m., membro del capo col quale gli esseri animati apprendono l'odore, ove risiede l'organo dell'odorato, e che è pur lo sfogatoio degli escrementi del cervello.

Seppia, s. f., specie di pesce, il maschio della quale specie si chiama Calamaio, da un certo umor nero a guisa d'inchiostro, che in sè racchiude.

(Dalla *Rassegna delle Scienze Biologiche*, 1919, n. 2).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

GRISANTI S.: Istituto Siciliano pro storpi e mutilati di guerra in Palermo. L'assistenza sanitaria e protetica agli invalidi ricoverati. — Palermo, 1918.

FICHERA SALVATORE: Sulla spirochetosi broncopolmonare. — Napoli, 1918.

GALEA FRANCESCO: L'azione degli zuccheri sulla secrezione bronchiale con speciale riguardo alla cura e alla profilassi della tubercolosi polmonare. — Siena, 1918.

LITVAK ABRAMO: Sopra un movimento plantare di flessione anormale. — Genova, 1918.

GIORDANO D.: Prolasso recidivo del retto. Sigmoido tiflopessia anastomatica. — Napoli, 1918.

GALATÀ G.: Primi risultati di un nuovo metodo di cura nel tifo. — Napoli, 1918.

ONANO GIOVANNI: Su di un caso di edema angioneurotico intermittente. — Milano, 1918.

SPLENDORE A.: Studi nell'interesse di una lotta biologica contro le arvicole. — Roma, 1918.

BUSACCHI PIETRO: Contributo allo studio dei movimenti associati nei bambini. Lincinesie in soggetto affetto da paralisi post-difterici. — Firenze, 1918.

RATTO LORENZO: I Consorzi antianofelici e il risanamento delle terre malariche. — Roma, 1918.

LEVI GUGLIELMO: Pro Maternità e Puericultura. — Tunisi, 1918.

LUCCARELLI VINCENZO: Nuova conoscenza e cura della polmonite da influenza. — Milano, 1919.

PETROSELLI FILIPPO: Sull'efficacia delle iniezioni di chinino nella cura dell'influenza. — Malè, 1919.

MILITANO LORENZO: Le emocolture nelle infezioni acute. — Gioia, 1918.

SAMAJA NINO: La secrezione del sudore nella sindrome di Bernard-Homer. Simpatico e midriasi atropinica. — Bolona, 1918.

SALMON ALBERTO: Sui rapporti fra fenomeni isterici e fenomeni fisiopatici particolarmente d'ordine vasomotorio. — Genova, 1919.

MORI ANTONIO: Sulla curabilità degli atteggiamenti viziati e delle deformazioni delle mani di natura cosidetta riflessa. — Roma, 1918.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per gli ufficiali medici ex-prigionieri di guerra.

È ben noto che parecchi ufficiali medici, specie durante le infauste giornate di Caporetto, furono catturati dal nemico, perchè restarono fermi ai loro posti di medicazione per attendere alla loro opera umanitaria, quando i loro compagni combattenti avevano dovuto cedere alla superiorità nemica, e alcuni anzi furono comandati ad affrontare la prigionia per non lasciare senza cure i nostri soldati feriti non trasportabili, quando l'esercito si ritirava.

Ma il gran pubblico non conosce tutta l'opera pietosa svolta dai medici prigionieri con grande loro sacrificio e non senza gravi pericoli.

Questi ufficiali medici nei vari campi di concentramento sempre si prodigarono a favore dei soldati e degli ufficiali loro connazionali, sia curandoli, se malati e feriti, sia proteggendoli contro le insidie, le angherie ed i maltrattamenti, a cui venivano fatti segno da parte del nemico, e anche aiutandoli nei loro tentativi di fuga o provocando il loro rimpatrio col favorirne il riconoscimento come invalidi.

Questa opera multiforme esercitata dall'ufficiale medico prigioniero è nota solo in quelle case nelle quali sono ritornati i soldati prigionieri; questi hanno potuto apprezzare l'opera dei loro ufficiali medici compagni di cattura, opera non solo di medico, ma anche di consolatore e di amico.

Perciò a questi ufficiali, sulla cui cattura non c'è da discutere nè da obbiettare, ad essi, che, più di ogni altro, durante la prigionia, si sono prodigati in favore dei loro connazionali, parrebbe giusto che dovessero essere corrisposte durante tutto il periodo della loro cattività le indennità d'arme e di guerra.

Alla prima hanno diritto, perchè essi continuarono a fare i medici e in condizioni molto peggiori di molti loro colleghi sia in territorio che al fronte; l'indennità di guerra poi è a loro dovuta, perchè il medico mai deve essere considerato come prigioniero, e ciò ammise anche il nostro Governo, quando ha trattato ed ottenuto lo scambio di alcuni di essi, quando ne ha rimobilitato una parte e quando ha in una sua circolare comunicato che il periodo di tempo trascorso in cattività doveva essere considerato passato al fronte e presso un corpo mobilitato.

Purtroppo invece il trattamento fatto a questi ufficiali non fu adeguato alle istruzioni emanate: ad alcuni di essi, all'atto del rimpatrio dalla prigionia, fu pagata l'indennità d'arma ma non quella di guerra, a pochissimi altri fu corrisposta la differenza tra il valore reale della corona austriaca al momento del pagamento ed il valore nominale di essa, alla quasi totalità invece non fu corrisposto alcun indennizzo.

Di più è da osservare che la maggior parte di questi ufficiali medici al loro rimpatrio e per molti mesi hanno visto il loro stipendio di molto diminuito, perchè han dovuto rimborsare i sussidi, che erano stati concessi alle loro famiglie durante la loro prigionia, sussidi che queste famiglie avevano dovuto consumare quasi per intero nell'invio di cibarie ai loro cari che soffrivano la fame in terra nemica.

Non si voglion fare confronti che potrebbero sembrare odiosi e sarebbero certamente inopportuni, ma non è dubbio che i militari — e questi sono nella grande maggioranza i medici — i quali ricevettero l'ordine di non abbandonare il loro posto, di costituirsi prigionieri, debbano avere un trattamento di privilegio di fronte agli altri prigionieri, ed in ogni caso non inferiore a quello fatto ai loro colleghi medici che potettero rimanere in patria a servire presso l'esercito mobilitato e nei depositi o ospedali territoriali. Essi infatti continuarono a prestare l'opera loro di medici, con non minori pericoli e certamente in più tristi condizioni di ambiente, in più tristi condizioni di spirito e di corpo.

Se a costoro che furono costretti ad un servizio più gravoso e più triste non si vuol fare un trattamento migliore che a quelli i quali per essere rimasti in patria potettero godere di un vitto e di un tetto migliore, potettero godere delle licenze e dal sentimento della libertà, non si può, non si deve farlo peggiore. Ai medici fatti prigionieri spettano tutte le competenze, tutte le indennità, tutti gli avanzamenti di carriera cui avrebbero avuto titolo se non fossero stati catturati.

Cronaca del movimento professionale.

Per l'acquisto di armamentari chirurgici.

Il Ministero dell'Interno con sua Circolare del 23 febbraio 1919 comunica:

« Fra i vari bisogni della classe medica e veterinaria nel dopo guerra segnalati a questo Ministero, vi è quello di mettere in grado i medici e veterinari condotti di acquistare, ad eque condizioni, l'armamentario chirurgico che risultasse esuberante ai bisogni della Sanità Militare, per il disimpegno delle proprie funzioni.

« Tenuto conto che i Sanitari in parola sono chiamati ad intensificare la loro opera per la

riorganizzazione dei servizi nei rispettivi Comuni, questo Ministero ha segnalato a quello della Guerra il voto dei suddetti medici e veterinari facendo le più vive premure perchè esso venisse accolto.

« E l'interessamento di quest'Ufficio non è stato infruttuoso perchè la risposta che è pervenuta dal Ministero della Guerra è stata in linea di massima di piena adesione. Esso ha, infatti, comunicato che per l'armamento chirurgico residente in zona territoriale i medici e veterinari condotti possono, singolarmente, presentargli domande di acquisto che si riserva di sottoporre alla decisione del Comitato istituito dal D. L. 17 novembre 1918 n. 1698, quando, ultimata la raccolta dei necessari elementi, si sarà stabilito quale e quanto materiale possa essere alienato perchè esuberante ai bisogni dell'amministrazione militare.

« Le richieste degli interessati da rivolgere al Ministero della Guerra (Divisione Materiale Sanitario), dovranno indicare la specie e la qualità degli istrumenti che essi intendono acquistare ed essere accompagnati dalla prova della loro qualità di medici o veterinari condotti ».

L'Ordine dei Medici della Provincia di Torino per il congedo dei medici.

Il Consiglio dell'Ordine ha inviato al ministro della Guerra e al direttore della Sanità militare, la seguente lettera:

« Il Consiglio dell'Ordine Medico della Provincia di Torino apprese col più vivo compiacimento la notizia dell'invio in congedo degli ufficiali medici delle classi 1874-1880, di cui invoca sollecita esecuzione, e dacchè il Consiglio stesso è a conoscenza che l'E. V., con recenti disposizioni, pare disposta, a deroga del Decreto Luogotenenziale 9 dicembre 1917, di largheggiare negli esoneri cogli ufficiali medici titolari di condotte, o di posti in pubbliche Amministrazioni, fa voti, che uguale trattamento venga dall'E. V. esteso, compatibilmente colle esigenze dei servizii, agli ufficiali medici liberi professionisti che, pur essendo nati dopo il 1880, sono da un anno, o due, o tre in zona di guerra, oppure lontani dal loro centro di attività professionale, e, quando il loro esonero non fosse possibile, ne sia favorito l'invio in qualità di ufficiali alle loro residenze abituali ».

Unione nazionale dei medici italiani.

Gli aderenti all'unione, convocati il 7 corr. alle ore 21 nella sede dell'Ordine dei Medici, proclamarono costituita la Sezione Laziale della Unione stessa e, presa visione della Circolare del Consiglio della Sezione milanese (pubblicata in riassunto a pag. 340 nel « Policlinico » S. P., del 16 marzo u. s. fasc. 11), decisero di intensificare la propaganda, prima di formulare un programma concreto di azione e di procedere all'elezione del Consiglio direttivo.

A tale scopo nominarono una *Commissione provvisoria* costituita dai dottori: Bonoli Federico, Cucco Alfredo, Galimberti Adolfo, Pelagallo comm. Stanislao, Verney Lorenzo; segretario e redattore, per la sezione, de « Il Medico Italiano » il dott. Gianluca Lucangeli, al quale si prega di inviare le adesioni (69, piazza Cola di Rienzo).

Per un convegno dei Medici smobilitati di Roma.

Nella stessa occasione un gruppo di colleghi reduci dal fronte, vista la necessità di convocare tutti i colleghi smobilitati, per un accordo circa i comuni interessi morali, professionali, economici da tutelare energicamente, decise di rivolgersi al Consiglio dell'Ordine e all'Associazione dei Medici liberi esercenti affinchè vogliano presso le Autorità Sanitarie Militari e il Comitato Centrale della Croce Rossa, raccogliere i nomi dei colleghi congedati o prossimi ad essere ricollocati in congedo.

Si è deciso altresì di aderire all'Associazione Italiana dei Medici reduci dalla Zona di Guerra e di far conoscere i propri desiderata alla prossima assemblea dell'Ordine, per mezzo di una commissione composta dei dottori: Bonoli Federico, Lucangeli Gianluca, Moretti Riccardo, Neuschüller prof. comm. Alfonso, Polacco cav. Arturo, Salvatorelli Francesco, Schiboni prof. Luigi, Sebastiani Antonio.

Associazione Nazionale degli Ufficiali Sanitari Capi di Uffici d'igiene.

Il 2 corr. ebbe luogo a Bologna l'assemblea generale dell'Associazione; e il 13 successivo la adunanza del Consiglio Direttivo dell'Associazione stessa, a Modena, ha concretato definitivamente il seguente Ordine del giorno:

Gli Ufficiali sanitari capi di Uffici d'igiene:

constatati ancora una volta i vantaggi che hanno tratto per la tutela della salute pubblica quei Comuni che hanno un Ufficio di igiene saldamente ed organicamente costituito e retto da persone che alle loro delicate mansioni dedicano completamente ogni loro attività;

ritenuto che il mantenersi ed il diffondersi di malattie evitabili dipendono principalmente dal fatto che la grande maggioranza dei Comuni è sprovvista di questo organo essenziale di difesa e di educazione igienica;

Ritenuto che gli Ufficiali sanitari capi di

Uffici d'igiene hanno assunto, ogni qualvolta si sia presentata l'occasione, responsabilità anche più gravi di quelle che la legge loro conferisce e meritano perciò una posizione morale pari ai benefici che dalla loro opera derivano;

riconosciuta inoltre la difficoltà di risolvere il problema della vigilanza igienica nei Comuni minori privi di Uffici d'igiene col sistema dei Consorzi;

nella convinzione che, nella imminenza della riorganizzazione dei servizi igienico-sanitari, di cui attendono fiduciosi la sollecita attuazione in questo momento storico eccezionalmente favorevole al riordinamento di tutti i servizi statali siano tenuti sempre presenti i concetti suesposti e siano legalmente costituiti e completati gli Uffici d'igiene nei Comuni maggiori;

Fanno voti

che, sull'esempio di quanto è stato già fatto nella recente legislazione scolastica per i Direttori didattici dei Comuni più importanti, i quali fanno parte del Consiglio e della Deputazione provinciale scolastica e rispondono direttamente del servizio scolastico, mentre nei Comuni minori la vigilanza scolastica è affidata ad ispettori dipendenti dal Provveditore agli studi;

sia assicurata agli Ufficiali sanitari capi di uffici d'igiene quella autonomia di funzioni che la loro capacità tecnica ed i mezzi di cui dispongono pienamente giustificano,

mentre il servizio di vigilanza igienico sanitaria nei Comuni minori potrà essere integrato con l'istituzione di un congruo numero di medici ispettori igienisti alle dipendenze del Medico provinciale.

Associazione degli assistenti universitari. Sezione di Parma.

Gli aiuti ed assistenti della Università di Parma, riuniti in assemblea hanno votato un ordine del giorno che fu inviato pel tramite del rettore al Ministro della P. I., e che può essere per sommi capi riassunto nei termini seguenti:

1. Che venga sollecitamente presa in considerazione la loro disagiata posizione che li fa economicamente inferiori a qualunque operaio o lavoratore manuale e chiedono che siano almeno raddoppiati i loro stipendi od assegni, come fu anche recentemente proposto dal prof. Righi in Senato, con speciale riguardo per gli assistenti delle materie di scienza pura; che la posizione morale degli aiuti sia portata a quell'importanza pari alla fiducia in loro riposta dai Direttori degli Istituti, alla responsabilità e all'opera didattica che essi svolgono, come si verifica in Francia per *i Chefs des cliniques et des laboratoires;*

2. Che il Ministro della P. I. faccia presente al Ministro della Guerra le condizioni affatto particolari degli assistenti quali impiegati dello Stato, trattandosi di impiegati senza stabilità e con stipendi di molto inferiori alle tremila lire annue, e faccia concedere a quelli che prestarono servizio come ufficiali l'indennità di congedo come a tutti gli ufficiali non impiegati dello Stato;

3. Che per i corsi accelerati che fra breve dovranno iniziarsi vengano concessi in parte gli incarichi di insegnamento agli aiuti ed assistenti liberi docenti che abbiano prestato servizio militare specie se in zona di operazione e di guerra e venga poi stabilita una speciale retribuzione per tutti coloro che per tali corsi presteranno la opera loro;

4. Che una rappresentanza degli aiuti ed assistenti venga interpellata per la riforma universitaria.

Seguono poi altri desiderata riguardanti la reintegrazione degli insegnanti per incarico, la conferma nei posti ed il conseguimento della libera docenza.

Appello alla pietà delle famiglie dei medici.

Sottoscrizione per una giovanetta orfana di un medico:

Riporto come dal precedente Fasc. 14.	L.	1,936
Dalla Sezione di Vercelli dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti a mezzo del Cassiere Signor Dott. Luigi Sereno	»	50
Prof. Arsenio Brugnola e Signora (Perugia	»	25
Prof. Gino Ricchi (Bologna)	»	10
Dottor Plinio Peduzzi e Signora (Bardolino)	»	10
Signora Maria Da Casto (Neive)	»	5
Signora Ninetta Bazzano (Gambolò)	»	5
Signora Lorenzina Travaglini (Cerveteri)	»	5
Dottor Armando Salvoni (Acqualagna)	»	6
Dottor Siro Barbieri (Sannazzaro dei Burgondi)	»	5
Dottor A. Sciplini (Naro)	»	5
Dottor Porsenna Alemagni Pimpinelli (Massa Martana)	»	5
Signora del Dottor Giuseppe Colucci (Martina Franca)	»	2
Signorina del Dottor Giuseppe Colucci (Martina Franca)	»	5
Signora del Dottor Francesco Colucci (Martina Franca)	»	5
Signor Avv. Alfonso Colucci (Martina Franca)	»	2
Signora I. M. Colucci (Martina Franca	»	5
Dottor Ettore Marsili (Camerino)	»	5
Signora Giulia Marsili (Camerino)	»	5
Signor Dottor Attilio Poggi (Camerino)	»	5
A riportare.	L.	2101

Riporto . . .	L.	2,101.—
Cap. Medico Dottor Carmelo Tornello (Zona di Guerra).	»	5 —
Dottor Antonio Dian (Venezia) . . .	»	5 —
Dalla Sezione Ossolana dell' Associazione Nazionale dei Medici Condotti, a mezzo del Cassiere dottor Giovanni Rondolini (Villadossola)	»	25 —
Signora Emilia Rondolini (Villadossola)	»	10 —
Signorina Ada Carani (Scandiano) .	»	10 —
Signorina Nella Carani (Scandiano) .	»	10 —
Dottor Giovanni Cavagnis (Serina) .	»	5 —
Signora Eufemia Corradini (Refrontolo)	»	5 —
Dottor Francesco Duca (Canale Monterano)	»	5 —
Signora Franceschina Romano (Serra San Bruno)	»	10.65
Dottor Giuseppe Sofia (Novara di Sicilia)	»	5.—
Dottor Antonino Anselmo (Novara di Sicilia)	»	5.—
Dottor Cesare Jannuzzi (Calabritto). .	»	5.—
Totale . . .	L.	2,206.65

Riceviamo:

Ramazzano (Perugia) 9 aprile 1919.

Gentilissimo professor Morelli,

Nel pregarla di annunciare nel « Policlinico », la morte quasi improvvisa, della mia povera amica Maria Albertini, sento il dovere, a nome mio e della desolata famiglia, di rivolgere dal più profondo del cuore, una parola di gratitudine a tutte le buone persone che generosamente e con tanta simpatia hanno risposto alla mia preghiera.

Questo sentimento di pietà e di fratellanza è stato uno degli ultimi conforti della poverina, che mi scriveva: « mi sembra che quest'aiuto di tanti buoni ch'io non conosco, mi venga dal Cielo; ci sento la voce del padre mio, che m'incoraggia a vivere e sperare ». Povera creatura! vita e speranza son state per Lei un breve sogno; la sua delicata costituzione non ha saputo opporre nessuna resistenza all'insidia del male che l'ha uccisa, senza che lei, cullata dal suo sogno, se ne accorgesse.

Credo adempiere un obbligo verso i generosi oblatori, e fare cosa gradita alla poverina, nel proporle di devolvere a scopo di beneficenza la somma che rimane disponibilie. Il Dottore Ballerini nel fascicolo 8 del « Policlinico » annunciò la proposta della Federazione degli Ordini, di rendere omaggio al valoroso dottore Raffaele Paolucci, istituendo una borsa di studio, e un posto nel Collegio di Perugia per un orfano di medico; dedicare questo denaro alla nobile iniziativa mi pare sia il miglior modo di mostrare ai generosi offerenti, la gratitudine mia e della famiglia Albertini.

A Lei che per primo dette tutto il suo valido appoggio all'opera pietosa, ora e sempre i sensi della mia vivissima riconoscenza.

Ossequiando. Dev.ma

Lavinia Coluzzi Bartoccioni.

« Il Policlinico » nel dichiarare chiusa la sottoscrizione in favore dell'orfana infelice Maria Albertini, ringrazia, alla sua volta, i cortesi oblatori e darà nel prossimo numero il resoconto delle somme ricevute.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Gli accertamenti delle infermità contratte in guerra.

Gli accertamenti tendenti a stabilire la dipendenza dal servizio delle infermità contratte, od aggravare in zona di guerra, sono stati in questi ultimi tempi oggetto di discussione pel fatto che le decisioni in merito affidate ai Comandi dei Depositi venivano prese solamente dopo un periodo di istruttoria più o meno lungo.

Ora il Ministro della Guerra ha disposto che l'indagine istruttoria debba essere fatta solo in pochissimi casi, quelli cioè pei quali siavi fondato sospetto di colpa, o frode, essendo sufficiente in tutti gli altri una breve dichiarazione attestante la dipendenza dal servizio, senza inutili indagini preliminari.

Per un infermo proveniente dalla zona di guerra — dice la circolare ministeriale — al quale per questo solo fatto viene riconosciuta la dipendenza della infermità dal servizio, come occasione o come aggravamento, esclusa la frode o la colpa basterà la sola cartella clinica per stabilire se realmente la malattia originò in zona di guerra.

Talora anzi, senza bisogno di documenti probativi, nelle stesse condizioni dell'infermo si trovano gli elementi che danno valore di evidenza alla fondata presunzione della dipendenza dal servizio e qualsiasi altro accertamento, mentre riesce superfluo per lo scopo, produce il lamentato ritardo nella definizione della pratica. Come negare, per esempio, ad un tubercoloso, proveniente dalla zona di guerra ove dimorò sia pure per poco tempo, che la malattia siasi originata, o, ammessa la preesistenza, siasi aggravata in zona di guerra? Come negare che una cardiopatia siasi aggravata in zona di guerra, se se ne ammette la preesistenza, o che sia la diretta conseguenza di una forma reumatica, contratta nella stessa zona? Come poter affermare che una forma morbosa mentale sia pure preesistente, non abbia trovata nelle emozioni, nei disagi della zona di guerra, la ragione del suo aggravamento, o, addirittura, del suo sviluppo, anche in quei casi in cui si ammetta la predisposizione e l'ereditarietà?

« Basterà quindi, in simili casi, accertare solamente che il militare fu in zona di guerra, senza sottilizzare sulla predisposizione e sulla preesistenza, poichè questi argomenti non varrebbero certo a modificare la posizione dell'individuo di fronte alle tassative vigenti disposizioni.

« Affinchè, pertanto, questi criteri abbiano quell'applicazione larga e rapida che la legge stabilisce con i due citati decreti, che s'integrano perfettamente, i Direttori di ospedali *in tutti i*

casi in cui i militari (ufficiali, sottufficiali e militari di truppa) siano affetti da infermità, per le quali possa stabilirsi che siansi generate, o aggravate in zona di guerra, procederanno alla compilazione di una breve dichiarazione, nella quale sarà esplicitamente esposto che l'infermità fu contratta, o si aggravò in zona di guerra, o in zona territoriale per servizi attinenti alla guerra, per cui, ai sensi del D. L. 1385 del settembre 1917, ed in base all'art. 12 del Decreto 1274 del luglio 1918, viene dichiarata dipendente da causa di servizio:

Analogamente si procederà per le lesioni traumatiche in genere.

Definizione delle pratiche per gli infortuni in zona di guerra.

Il n. 249 della *Raccolta delle Leggi e Decreti* contiene un decreto, che sopprime la Commissione del Comitato di mobilitazione industriale per la definizione delle pratiche inerenti ad infortuni sul lavoro in zona di guerra.

La liquidazione e il pagamento delle indennità predette, saranno effettuati dalla Cassa Nazionale di Assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro, alla quale sono attribuite le facoltà accordate alla soppressa Commisione.

Per l'espletamento dei maggiori servizi affidati alla Cassa Nazionale Infortuni con il presente decreto, la medesima potrà chiedere che venga comandato presso di essa il personale amministrativo necessario, tratto da militari in servizio attivo.

Per l'igiene delle bevande e degli alimenti.

Il n. 339 della *Raccola Ufficiale delle Leggi e dei Decreti* contiene il Decreto seguente, riguardante l'igiene delle bevande e degli alimenti:

Art. 1. — Durante la guerra e sino a sei mesi dalla conclusione della pace, chiunque vende, ritiene per vendere o somministra come compenso ai propri dipendenti materie destinate al cibo o alla bevanda che siano riconosciute guaste, infette, adulterate o in altro modo insalubri o nocive, è punito con l'ammenda da lire 50 a lire 1000, oltre la confisca delle materie e ciò senza pregiudizio delle sanzioni di cui agli articoli 319, 320 e 322 del Codice penale.

Il giudice competente può inoltre aggiungere a tali pene la sospensione dall'esercizio della professione o dell'arte.

Art. 2. — Ai sensi e per gli effetti del precedente articolo e degli altri articoli 114 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con R. Decreto 1° agosto 1907, n. 636 e 114 del regolamento generale sanitario approvato con R. Decreto 3 febbraio 1901, n. 45, è da considerarsi adulterato il latte rigenerato per diluizione di quello condensato, il quale contenga meno del 3 per cento di sostanza grassa.

Art. 3. — Sono estese, in quanto applicabili alle violazioni degli articoli precedenti, le disposizioni dei titoli V, VI, VII del Decreto Luogotenenziale 6 maggio 1917, numero 740 e quelle dei Decreti Luogotenenziali 18 aprile 1918, n. 497 e 21 novembre 1918 n. 1741.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7689) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. G. da T. Per effetto dell'art. 1 del D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181, a decorrere dal 1° luglio 1917 spettava ai medici condotti, con stipendio inferiore alle lire 4500, l'indennità caro-viveri di lire 24 mensili. Tale indennità Ella può chiedere anche ora per il periodo di tempo intercedente fra il 1° luglio predetto ed il febbraio del successivo anno 1918, in cui fu aumentato lo stipendio a lire 4750. Con D. L. del 9 volgente n. 338 è stato fatto obbligo ai Comuni di assegnare con decorrenza dal 1° gennaio 1919 ai dipendenti impiegati una indennità mensile nella misura e con le limitazioni stabilite per gli impiegati dello Stato dal D. L. del 14 settembre 1918, n. 1314. Tale indennità è di lire 100 per gli ammogliati e di lire 65 mensili per i celibi ed i vedovi senza prole, che non abbiano persone di famiglia conviventi ed a carico. Agli ammogliati con più di tre figli minori è inoltre assegnata l'indennità giornaliera di cent. 85 per ogni figlio in più dei tre. Di tali indennità Ella usufruirà certamente dalla data del 1° gennaio 1919.

(7691) *Congedamento dal servizio militare.* — Dott. C. A. da V. L'ufficiale medico congedato deve riprendere il servizio di condotta non appena, espletate le formalità prescritte, rientra nella propria residenza. È necessario che sia partecipata al sindaco la riassunzione delle funzioni di medico condotto.

(7693) *Pensione - Liquidazione.* — Dott. A. F. da T. Secondo calcoli da noi fatti risulta regolare la liquidazione della pensione fatta a suo riguardo dalla Cassa di Previdenza. Anzi per Lei sarà stato tenuto presente il conto individuale, forse più favorevole delle risultanze dei quadri sinottici allegati alla legge, giacchè il nostro calcolo, desunto appunto in base a tali quadri, risulterebbe, sebbene di poco, inferiore alla somma che Le è stata attribuita.

(7695) *Ufficiali medici congedati.* — Dott. D. P. da C. Col congedamento della classe e quindi della persona, cessano tutti gli incarichi speciali

e le missioni a questa affidata. Ella pertanto, quando sarà congedata la classe, andrà egualmente in congedo, cessando naturalmente la nuova destinazione ricevuta.

(7697) *Profughi di guerra - Assistenza sanitaria.* — Dott. L. R. da M. di T. A norma della circolare dell'Alto Commissariato per i profughi del 10 gennaio 1918 i profughi poveri devono avere l'assistenza medica e sanitaria completamente gratuita, come si pratica per i poveri del Comune, ed i medici comunali debbono prestare l'opera loro senza pretendere da essi onorarii. Tuttavia i signori Prefetti potranno corrispondere ai detti sanitarii gratificazioni o compensi: ma non a periodi determinati nè in misura fissa, bensì nel momento che sembri opportuno ed in relazione al maggior lavoro effettivamente derivato al sanitario dall'assistenza prestata ai profughi.

(7698) *Medici ospedalieri - Indennità caro-viveri - Aumento di stipendio.* — Dott. A. T. da L. I decreti Luogotenenziali in vigore per il caro-viveri e per l'aumento di stipendio non sono applicabili che ai soli impiegati dipendenti dalle Province e dai Comuni e non a quelli delle Opere di pubblica beneficenza, per cui nulla fu stabilito.

(7699) *Sessennio - Indennità caro-viveri.* — Dott. N. C. Se il periodo sessennale si è maturato col 3 giugno 1918, è naturale che da quel giorno Ella ha diritto di percepire l'aumento del 10 % sullo stipendio. Faccia istanza al Prefetto e poscia, in caso di esito infruttuoso, si rivolga alla autorità giudiziaria ordinaria chiamando in causa il Comune. Il nuovo Decreto per la concessione del caro-viveri agli impiegati comunali stabilisce la decorrenza dal 1° gennaio 1919. A Lei spettano lire 100 come quota personale, più centesimi 85 giornalieri per ognuno dei figli oltre i primi tre, purchè minorenni ed a carico. L'ammontare di tali indennità non potrà mai superare quello dello stipendio. Il Decreto relativo al caro-viveri, che è del 9 marzo ultimo, n. 338, non si occupa nè prevede altri aumenti di stipendio.

(7701) *Esercizio professionale all'estero.* — Dottore V. G. da S. Dal momento che occorre il diploma conseguito nelle locali Università per lo esercizio professionale, questo non può essere sostenuto nemmeno per pochi mesi senza tale imprescindibile documento. Non si conosce l'epoca dell'anno in cui in New York si tengono le sessioni di esami per la concessione del diploma necessario per l'esercizio colà della professione medico-chirurgica.

(7702) *Cassa di previdenza - Contributo volontario.* — Dott. G. B. da A. Nulla ha a che vedere la soppressione dei conti individuali stabiliti nella Cassa di previdenza con i versamenti volontarii che ogni inscritto, o chi per esso, può fare annualmente in misura non superiore alle lire 400. Quando la durata del servizio prestato supera i 25 anni, il sanitario può chiedere che tutto o parte del capitale accumulato venga trasformato in assegno vitalizio a supplemento della pensione.

(7703) *Assistenza sanitaria a' profughi di guerra - Pensioni.* — Dott. M. P. da F. L'Alto Commissariato pei profughi con circolare del 10 gennaio 1918 assimilò ai poveri del Comune i profughi che hanno bisogno di cura e di assistenza sanitaria. Di tal che i medici comunali debbono ad essi prestare l'opera loro senza compenso. La stessa circolare dice però che i Prefetti potranno corrispondere ai sanitarii interessati gratificazioni o compensi, ma non a periodi determinati nè in misura fissa, ma bensì nel momento che sembri opportuno ed in relazione al maggior lavoro effettivamente derivato dall'assistenza prestata ai profughi.

Non può riscattare presso la Cassa di previdenza i due anni di servizio accennati, perchè prestati dopo il 1° gennaio 1899.

(7704) *Indennità - Pensioni.* — Dott. O. M. da P. S. G. Essendo liquidata ed esatta la indennità per cessazione di servizio, non si ha più diritto a riscuotere la pensione, riprendendo la condotta, se non compiendo interamente *ex novo* il periodo prescritto per conseguirla.

(7705) *Servizio medico comunale - Scissione di condotta.* — Dott. G. B. da R. Il dott. X fu nominato nel 1902 coll'obbligo di servire l'intero Comune: egli, pertanto, non può dolersi nè avanzare pretese di compenso se, essendosi nel 1910 istituita una seconda condotta ed essendo essa rimasta priva di titolare, sia stato egli obbligato a servire, come per lo innanzi, l'intero Comune. Se lo stipendio che percepisce per tale sua prestazione risulti inadeguato al lavoro può chiedere un congruo aumento di ufficio dalla G. P. A., ai sensi dell'articolo 26 della Legge sanitaria.

(7706) *Aumenti di stipendio sessennali.* — Dottore E. V. da M. Il medico interino non ha diritto di dividere col titolare della condotta l'aumento di stipendio per sessennio maturato, cui questi avrebbe avuto diritto, perchè tali aumenti sono personali e non competono alla carica comunque esercitata da altri.

(7707) *Aumento di stipendio per caro-viveri.* — Dott. L. A. da C. Gli aumenti di stipendio che in applicazione del recente D. L. del 9 marzo saranno concessi ai medici condotti distruggono l'aumento loro concesso col precedente D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181.

L'aumento del 20 % concesso dal Comune non è continuativo ma è destinato a cessare un anno dopo la pubblicazione della pace. Non vincolando quindi il Comune per oltre un quinquennio non sarebbe stato necessario adottare la deliberazione in seconda lettura. Secondo il precitato D. L. del 9 marzo spetta al medico condotto, se coniugato, l'indennità di lire 100 mensili oltre a cent. 85 al giorno per ogni figlio minore convivente ed a carico oltre i primi tre. Tanto sullo stipendio quanto sulla indennità deve pagare la tassa di R. M. in ragione dell'8.65 %. Sullo stipendio e sugli aumenti devesi inoltre pagare il contributo del centesimo di guerra.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 7861:

Ella ha diritto all'indennità di collocamento in congedo ed a quella di vestiario.

Se l'ufficio di amministrazione dell'Ospedale che lo ha mobilitato si rifiuta di soddisfarlo Ella può reclamare al Ministero della Guerra (Direzione Generale Servizi Logistici Amministrativi, Divisione assegni).

Al dott. A. B. da F. d. P.:

C'è evidente contraddizione tra le parole « esonerato per compiere un servizio civile » e quelle « comandato ad un servizio civile ».

Nel primo caso il medico è prosciolto dal servizio militare purchè si dedichi al servizio civile; nel secondo caso il medico deve ritenersi ancora in servizio militare: però tale servizio egli compie in ambiente civile, ma sempre per ordine dell'autorità militare.

Nel primo caso nessun stipendio gli compete da parte dell'Amministrazione militare fino a che dura il suo esonero; nel secondo l'Amministrazione militare è tenuta a retribuirlo come qualunque altro suo ufficiale in servizio.

Evidente errore ci fu dunque nella motivazione del foglio di viaggio rilasciatole dalla Direzione di sanità di Bologna, e fu giusto il consiglio datole di presentare ricorso alla Direzione Generale di Sanita Militare, ricorso al quale Ella può benissimo sollecitare risposta.

Il fatto di aver ritardato a presentare la domanda dell'indennità stabilita per gli ufficiali profughi oltre il termine fissato può certo essere causa della non accettazione della domanda stessa.

Passi, gli altri suoi quesiti di indole non militare, ad altra rubrica più competente di questa a risponderle.

All'abb. n. 2266:

I percepire le indennità di smobilitazione, ecc., non lede affatto qualsiasi ricorso che Ella abbia presentato, nè le decisioni medico-legali che dovranno essere prese dal Ministero.

Al dott. R. V. da S.:

Non esiste nessun decreto che dia le particolari disposizioni che si attagliano al suo caso speciale.

Può provare a far risolvere la questione dal Ministero, avanzando un reclamo diretto al M. G. (Direzione Generale dei Servizi Logistici ed Amministrativi, Divisione assegni).

Al dott. A. B. da A.:

Per ottenere le indennità di congedo è, se non necessario, utile far domanda al Comitato Centrale della C. R., allegando un breve promemoria del servizio prestato.

Al dott. R. R. da Q.:

Ella non ha diritto ad alcuna indennità speciale per il servizio prestato in Zona di guerra in un ospedaletto, malgrado esso funzionasse come isolamento per malattie infettive.

All'abb. n. 5842:

La sua classe è attualmente congedata. Pel servizio prestato le spettano indennità vestiario e due mesi di stipendio. Per ottenerli deve rivolgersi all'ufficio di amministrazione dell'Ospedale che fu suo centro di mobilitazione.

Al dott. A. B. da R.:

Le spettano l'indennità vestiario e due mesi di stipendio.

Si rivolga all'ufficio di amministrazione dell'Ospedale che fu suo centro di mobilitazione.

All'abb. n. 4387:

« Nessun dubbio che non le spettino...... », due negazioni formano un'affermativa, caro collega!...

All'abb. n. 8637:

Le spetta l'indennità vestiario più due mesi di stipendio.

Si rivolga all'ufficio di amministrazione dell'Ospedale che lo ha mobilitato.

All'abb. n. 2704:

Durante un periodo di indisponibilità il Ministero non procede a promozioni. Tale è il suo caso per l'ottenuto esonero.

All'abb. n. 6820:

Il fatto di aver moglie e figli non costituisce alcun diritto per trattamento di favore (rimpatrio, smobilitazione, ecc.) per gli ufficiali richiamati dal congedo e *tanto meno lo* è per ufficiali in servizio attivo permanente.

M. G.

Ai dottori V. V. da P. e L. B. da N.:

Un corso per il conseguimento del diploma di ufficiale sanitario si è iniziato col 1° aprile corr. nell'Istituto d'igiene della R. Università di Modena.

Di esso non ci era stata data comunicazione.

L. P.

MEDICINA SOCIALE.

Per un' Istituto Nipioigienico nelle terre redente.

Leggo ora nel fascicolo 6° del *Policlinico*, Sezione Pratica, la lettera del dott. Punzoni di Gorizia, nella quale si fa cenno di un progetto di grande riforma nel nostro campo sanitario. Dalla nota della Redazione si rileva che questo progetto riguarda un' *Opera dedicata alla cura igienica del bambino*, alla quale si dovrebbe pervenire mediante la costituzione di un'associazione pro' infanzia, la diffusione e volgarizzazione dell'igiene infantile, la fondazione d'istituti per la infanzia, la legislazione a pro' dell'infanzia.

Ora a me pare che questo progetto sia una realtà *sin dal 1905*. Infatti in quest'anno il prof. Ernesto Cacace, dell'Università di Napoli, ha patrocinato tale riforma, propugnando l'idea della *coordinazione* di tutte le forme di tutela igienica della prima infanzia, e fondando in Capua l'*Istituto Nipioigienico*, che comprende istituzioni di assistenza e previdenza per la prima infanzia e di educazione delle madri e laboratotorii scientifici per lo studio biologico ed igienico del bambino lattante.

Il Cacace ha compiuto un'attiva propaganda della sua idea e della sua istituzione.

L'Istituto Nipioigienico è sorto in alcune città italiane, fra cui Napoli. L'Istituto di Puericultura, creato in Francia, è un'imitazione dell'Istituto Nipioigienico. E l'Istituto Nipiologico fondato in Barbastro l'8 settembre 1916, è il primo Istituto del genere spagnuolo.

Inoltre il Cacace ha gettato le basi della « *Nipiologia* », cioè *scienza della prima età*, che consiste nello *studio completo della prima età da tutti i punti di vista: biologico, clinico, igienico, psicologico, storico, giuridico, sociologico;* ed ha ideato l'*Istituto di Nipiologia*.

Il dott. Punzoni, *per dare un'affermazione del nostro sentimento nazionale nelle terre redente*, potrebbe — a me pare — intitolare la sua Opera « *Istituto Nipioigienico* » o integrarla fondando addirittura in Gorizia l'*Istituto di Nipiologia*.

Roma, 1° aprile 1919.

Dott. V. E. OVAZZA.

CONDOTTE E CONCORSI

Medico 9 anni di laurea, ottimi titoli ospedalieri, cerca buon interinato con probabilità di nomina definitiva. Dirigersi dottor Eugenio Courrier — Napoli, Supportico Lopez, 32.

Chirurgo 16 anni di laurea, lunga pratica clinica, titoli ottimi, cerca interinato. Scrivere Diddia Carbani, S. Bartolomeo, Spezia.

NOTIZIE DIVERSE.

Onoranze a Guido Baccelli.

Nella sede della Associazione fra i Romani si è riunito un eletto gruppo di personalità, invitate a costituire il Comitato per le onoranze a Guido Baccelli. Notati fra i presenti: il senatore Scaramella Manetti, presidente della Camera di Commercio, i professori Ascoli, Torti e Ballerini, Alberto Bergamini, Mario Poce, il dottori Fantini, Buscajoni, Matteuzzi e Falbo, Ettore Ferrari, Pietro Bacchetti, Severino Attilj, E. Bianchi e molti altri. Presiedeva Franco Liberati, assistito dal segretario generale Romolo Artioli.

Prese per primo la parola il prof. Ascoli, tessendo la storia dell'idea per il monumento al Baccelli, proponendo di ripubblicare le sue opere, ora in parte introvabili e di eleggere una Giunta esecutiva.

Dopo ampia discussione, alla quale parteciparono Franco Liberati, Ferruccio Ambrosi, Ballerini, Bianchi, Zuffi, Artioli, Attilj, Poce, Scaramella-Manetti e Bergamini, venne deciso unanimemente di tenere al più presto una solenne popolare commemorazione di Guido Baccelli all'Augusteo, affidandone l'incarico ad Alberto Bergamini: e si nominò la Giunta esecutiva nelle persone dei proff. Ascoli, E. Ferrari, Ballerini, Artioli dott. Falbo, Poce, comm. Marcelli, V. E. Bianchi, Attilio e Liberati, cav. Lani e Ambrogi.

E così, col sincero contributo di molte volenterose persone, è stato iniziato il grande lavoro occorrente a onorare degnamente il nome e l'opera di Guido Baccelli.

La Conferenza internazionale delle Croci Rosse.

Abbiamo già dato notizia, nello scorso numero, di questo importante convegno di delegati delle Croci Rosse delle nazioni interalleate, tenutosi a Cannes.

Il prof. Roux venne eletto presidente del Comitato esecutivo e il prof. Marchiafava vice-presidente.

I professori Marchiafava, Roux, Rist e sir Newshelme espressero la loro fiducia sulla futura azione della Croce Rossa contro le malattie sociali: la tubercolosi, la malaria, la lue, ecc.

Il colonnello Strong, dell'esercito americano, presentò un progetto per la creazione di un Ufficio internazionale di igiene e sanità pubblica, allo scopo di divulgare nel mondo i risultati recentissimi delle esperienze e delle scoperte scientifiche dei metodi di prevenzione e di cura delle malattie e di assistenza sanitaria. Il sen. Marchiafava, il sen. Frascara, il sen. Maragliano, il prof. Castellani e il prof. Baduel, delegati italiani, il prof. Roux e il dottor Rist, delegati francesi, sir Renwood, sir Newshelme e il colonnello Cummins, delegati inglesi, il dott. Rose e il dott. Farran, delegati americani, il prof. Kerehima, delegato giapponese, appoggiarono calorosamente il progetto Strong, suggerendo studi per la pronta attuazione di esso.

Il professore Roux, interpretato il pensiero dell'assemblea, dichiara che la proposta creazione di un Ufficio internazionale d'igiene e sanità è approvata. Quindi il Congresso aggiorna le sue sedute.

Le prossime riunioni discuteranno i dettagli di forma della nuova organizzazione centrale stabilendo il programma di esecuzione da sottoporre al Congresso internazionale della Croce Rossa che si terrà a Ginevra trenta giorni dopo la pace.

Società italiana di Storia critica delle Scienze mediche e naturali.

È indetta una seduta della Società per il 16 aprile in Pisa, durante le ore pomeridiane, nella occasione che adunasi in codesta Città, dal 14 al 19 del mese predetto, il Congresso della Associazione per il progresso delle Scienze.

Costituzione di una Società per lo studio dell'alimentazione.

Ne sono promotori i professori Albertoni, Bottazzi e Centanni. — La costituenda Società avrebbe per scopo di accentrare e coordinare tutte le ricerche su questioni scientifiche e pratiche riferentisi alla alimentazione dell'uomo e degli animali, mettere a benefico contatto fra loro i cultori delle singole discipline, facilitare le indagini bibliografiche anche con l'istituzione di una biblioteca e con lo scambio opportunamente disciplinato di estratti e di libri, ed attendere alla redazione di una rivista propria, destinata sopratutto ad un largo lavoro di recensione ed informazione.

Chi approva in massima l'idea di costituire la progettata Società, mandi la sua adesione, indirizzandola al prof. Napoleone Passerini, Istituto Agrario di Scandieci (Firenze), oppure al prof. Pietro Rondoni, Laboratorio di Patologia Generale, via Alfani 33, Firenze.

Riunione per lo Studio dell'influenza.

È stata indetta a Milano, da un Comitato composto dei professori L. Mangiagalli presidente, S. Belfanti e L. Devoto vice-presidenti, L. Viganò segretario.

La riunione doveva aver luogo nei giorni 5, 6 e 7 aprile, ma è stata rimandata ai giorni 27, 28 e 29 aprile.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria, via Antonio Lecchi, 14 - Milano.

Le sedute avranno luogo nell'aula del R. Istituto Ostetrico Ginecologico, via Commenda, 10.

La difesa contro il vaiolo nella provincia di Milano

Si è tenuta l'8 corr. l'adunanza annuale del Consiglio provinciale sanitario di Milano, presieduta dal prefetto gr. uff. Angelo Pesce.

Dalla relazione fatta al Consiglio è risultato che le condizioni sanitarie per le malattie infettive possono dirsi buone, meno per quanto concerne il vaiolo.

Questa malattia desta una qualche preoccupazione specie per il continuo arrivo di persone da località in cui il morbo domina, e dove ha assunto anche forma di grave epidemia. Nella provincia si è manifestato finora in 15 comuni, ma non ha preso la proporzione di focolai epidemici che in Motta Visconti con 95 casi, in Meda con 17 casi, in Cassano d'Adda con 5 casi, in Verano con 9 casi. In Milano fu importato ripetutamente, ma i casi, finora 16, rimasero senza filtrazione quasi tutti, grazie alle immediate provvidenze dell'autorità.

Oltre a Milano funzionano infermiere d'isolamento a Motta Visconti, Cassano d'Adda, Verano, Saronno, Meda e Busto Arsizio.

Fu già predisposto in quasi tutti i Comuni, anche negli immuni, il locale per infermerie. Molti di essi si valgono dell'infermeria dell'ospedale viciniore.

Il Consiglio sanitario provinciale ha dato parere perchè il Prefetto emani un'ordinanza la quale miri ad assicurare l'isolamento di tutti gli ammalati o sospetti di vaiolo e la vaccinazione generale.

L'obbligo della denunzia viene esteso, oltre alle forme di vaiolo, vaioloide e varicella, a tutte le forme esantematiche febbrili che possono simulare il vaiolo ed è imposto anche agli albergatori, osti, affittacamere e simili.

Consiglio sanitario provinciale di Trieste.

Sono chiamati a far parte del Consiglio sanitario provinciale di Trieste, in via provvisoria, quali membri di nomina governativa, i signori: Santucci prof. Stefano, generale brigadiere medico, direttore di Sanità della 3ª Armata; Sebastianelli cav. dott. Giangiuseppe, ten. colonnello medico; Nicolini cav. dott. G., presidente della Associazione medica di Trieste e primario nello ospedale civico; Sinigaglia dott. G., Direttore tecnico della Cassa ammalati; Fratnich dott. E., direttore del manicomio di Gorizia; Gioseffi dott. M., medico libero esercente a Parenzo.

Per le opere di assistenza scolastica sorte per la guerra.

Il Ministero dell'Istruzione ha raccomandato, per mezzo di circolare, ai Provveditori degli studi ed agli Ispettori scolastici, di adoperarsi presso i Comuni, le Congregazioni di Carità ed altri Enti locali, affinchè siano conservate le opere di assistenza sorte in occasione della guerra: asili, educatori, ricreatori, dopo-scuola, colonie, ecc.

Agli aiuti locali si aggiungeranno quelli della Provincia e dei Ministeri dell'Istruzione e dell'Interno.

Per un Istituto di controllo della produzione Chimico farmaceutica.

Il 30 novembre u. s., per invito del Commissario Prefettizio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Milano, si riunivano alla sede dell'Ordine, per una discussione in merito alla produzione chimico-farmaceutica nazionale, le rappresentanze della Unione dei medici italiani, dell'Ospedale Maggiore e di molte ditte.

Il prof. Clivio insistette sulla necessità che i produttori avessero a mettere sul mercato solo prodotti di provata eccellenza. La discussione venne impostata sulla questione circa l'Istituto di Controllo della produzione chimico-farmaceutica, sul modello del Council of Phamacy and Chemistry della *American Medical Association*.

Su proposta del prof. Bertazzoli, ogni deliberazione di merito venne rimandata ad altra seduta.

Questa ebbe luogo l'11 febbraio u. s. Vi intervennero i rappresentanti degli Istituti Chimici ed un rappresentante dell'Ordine dei farmacisti.

Il sen. Mangiagalli, che da tempo vagheggia e studia il progetto di un Istituto di Farmacologia e Terapia Sperimentale, il cui precipuo scopo doveva essere il controllo della produzione chimico-farmaceutica e che aveva già concretato nelle sue grandi linee il programma, informò che per assicurazione avuta da alcuni fra i principali nostri industriali, i fondi necessari non sarebbero mancati. Su proposta del prof. Bertazzoli, venne nominata una Commissione, che avrà il compito di concretare il progetto per l'auspicato Istituto e di condurre a termine le pratiche per raccogliere i fondi necessarii. La Commissione risultò costituita del prof. I. Clivio per l'Ordine dei Medici, del sen. prof. Mangiagalli per gli Istituti Clinici, del prof. Contardi dell'Università di Pavia, del dott. V. Ronchetti dell'Unione dei Medici; la Commisisone si aggregherà inoltre un rappresentate per ciascuna delle Ditte aderenti.

Rivista Biologica.

Con una veste di elegante semplicità è uscito in questi giorni il primo numero di questa nuova Rivista da noi già annunziata, diretta dai professori G. Brunelli e O. Polimanti. L'elevato intendimento che anima questa nuova manifestazione della vita scientifica italiana è sopratutto quello di far sì che i cultori delle singole discipline biologiche, spesso troppo chiusi nella loro specialità, possano essere ampiamente informati di quanto si fa nelle scienze affini in modo da acquistare una più larga visione del vasto complesso fenomeno della vita.

Questo ben nutrito fascicolo è già l'adempimento delle promesse. Alla prefazione che traccia le grandi linee del programma, seguono lavori originali sui rapporti fra scienza ed economia nazionale (Brunelli), su questioni di botanica (Pirotta), di zoologia (Enriques), di patologia generale (Centanni), di zootecnica (Cencelli).

Una metà del fascicolo è dedicata alle Riviste sintetiche su svariati argomenti, a recensioni critiche di libri e di memorie. L'ultima parte contiene numerose notizie diverse, interessanti il movimento scientifico, la carriera universitaria, ed un indice bibliografico dei più notevoli lavori italiani di biologia.

Questo nuovo confratello è destinato a raccogliere intorno a sè quanti in Italia si occupano di problemi di biologia, « campo d'azione d'uomini liberi, che esprimono libere idee ».

La « Rivista di Biologia » si pubblica in fascicoli bimestrali (quello attuale è di 168 pag.), presso il dottor G. Bardi, Tipografo del Senato.

Un giornale americano sull'assistenza ai mutilati.

Il periodico « American Journal of Care for Cripples » è divenuto mensile ed ha considerevolmente aumentato la sua mole ed il suo campo d'azione.

Accoglierà molti lavori originali, siano essi usciti dal « Red Cross Institute for Crippler and Disabled Men », di cui il giornale è organo, siano pervenuti alla redazione per altre vie, siano ristampe, come pure traduzioni da altre lingue, a condizione che portino un contributo effettivo alla scienza della riabilitazione degli invalidi.

Inoltre pubblicherà le recensioni di tutti i lavori comparsi nella letteratura mondiale sul trattamento e sull'assistenza degli invalidi e recherà notizie sulle attività che andranno svolgendosi nei vari paesi in questo campo. Il giornale avrà dunque carattere internazionale.

Ne sarà direttore il dott. Douglas C. Mc. Murtrie, il quale dirige anche il grandioso Istituto americano della Croce Rossa per mutilati e invalidi.

L'abbonamento costa 3 dollari annui, ossia è il disotto del costo effettivo della pubblicazione.

Il 29 gennaio, rapito da influenza, moriva in Gaeta, all'età di 64 anni, il dottor DOMENICO CIMINELLI, direttore dell'ospedale civile. Era nativo di Sannicandro Garganico.

Trasferitosi nel 1896 a Gaeta, quivi e nel vicino comune di Elena prestò l'opera sua con abnegazione impareggiabile.

È caduto sulla breccia, lasciando nella desolazione la famiglia e largo compianto di sè nella città d'adozione e nel comune di Elena, che risentono vivamente la perdita di Lui come medico e come cittadino. G. C.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI *Roma, 20 aprile 1919* **Fasc. 16**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CIVILE DI CAMPOSAMPIERO.

La disinfezione coll'etere, la posizione di Fowler e la proctoclisi permanente alla Murphy, come mezzi preventivi della peritonite acuta generalizzata

per il Dott. RENATO MOSTI,
Capitano medico - Chirurgo primario int.

Nel pubblicare questa mia breve nota, io mi sono prefisso uno scopo esclusivamente pratico, quello cioè di dimostrare, sulla base della personale pratica operativa come il più delle volte sia possibile evitare l'insorgenza della peritonite generalizzata, dopo quegli interventi laparatomici durante i quali sia accidentalmente avvenuto l'inquinamento della sierosa, ricorrendo ad un complesso di provvedimenti ben noti in chirurgia ma la di cui applicazione era fino ad ora da molti riservata ad infezione peritoneale conclamata. Se si pensa quanto alta sia ancora la mortalità per peritonite acuta generalizzata, sia pure intervenendo colla massima precocità, nella quale si è voluto vedere a ragione l'elemento capitale di successo, non si può non convenire che ogni sforzo del chirurgo deve tendere a prevenire quella sensibilissima complicazione.

Per quanto la migliore misura preventiva consista nell'impedire o nel ridurre al minimo l'inquinamento della sierosa, adottando quegli accorgimenti tecnici e quelle particolari manualità di cui ogni laparatomista deve essere padrone assoluto, pure non si può negare che anche al più perfetto degli operatori possa accadere, o per una accidentalità qualsiasi o per la natura stessa della forma morbosa endoperitoneale, di infettare più o meno estesamente la sierosa.

In tale contingenza come deve regolarsi il chirurgo?

Ecco il problema che mi sono posto innanzi in varie occasioni ed al quale credo di aver dato la soluzione migliore, compatibilmente alle attuali risorse chirurgiche.

In uno studio clinico e sperimentale pubbli-

cato quattro anni or sono nella *Gazzetta Internazionale di Medicina, Chirurgia, Igiene*, ecc. sulla disinfezione peritoneale, osservavo che essendo il semplice nettamento anche se scrupolosissimo del peritoneo inquinato insufficiente ad impedire il diffondersi della infezione peritoneale, è necessario ricorrere ad una pronta ed energica antisepsi di quella parte del peritoneo su cui si è verificato lo spandimento del materiale settico. E fra tutti gli antisettici consigliavo, come più attivi e meno dannosi, l'alcool, la tintura di iodio, e l'etere, dando però la preferenza a quest'ultimo, che già aveva dato buona prova di sè come liquido di lavaggio nel trattamento della peritonite acuta generalizzata, in base al risultato di alcune mie esperienze colle quali avevo dimostrato:

1° che l'etere messo ad agire sulla sierosa peritoneale non è in grado di dar luogo alla formazione di aderenze nè ad altre complicazioni degne di nota;

2° che l'etere, usato a scopo preventivo tutte le volte che il peritoneo durante l'atto operativo rimane inquinato, garantisce in modo sufficiente dalla peritonite post-operativa.

Ora però, alla distanza di quattro anni, durante i quali ho usato sistematicamente l'etere come antisettico peritoneale in ogni intervento sospetto, debbo dichiarare che le mie constatazioni sperimentali non hanno sempre corrisposto nella realtà pratica, perchè pur troppo ho dovuto osservare qualche insuccesso.

Perciò in questi ultimi tempi ho pensato di integrare, per così dire, l'azione dell'etere associando altri mezzi che ordinariamente vengono usati con qualche vantaggio nel trattamento post-operatorio delle peritoniti diffuse, e principalmente la posizione di Fouler e la proctoclisi permanente di Murphy.

La posizione di Fowler, a tronco sollevato, ha lo scopo di ridurre la superficie di assorbimento del peritoneo. Basta solamente ricordare il grande potere di assorbimento del peritoneo in rapporto alla sua enorme estensione in superficie, più di 17.000 centimetri quadrati secondo Wegner, per comprendere l'importanza che deve necessariamente avere la limitazione, ad una parte circoscritta del peritoneo, degli eventuali essudati settici. Se poi si considera, dice Fasano, che nella sua porzione diaframmatica esistono gli stomi linfatici, scoperti da Recklingausen nel 1802, comunicanti coi vasi linfatici sottosierosi e quindi per mezzo del dotto toracico col sistema sanguigno e che questi stomi non si poterono dimostrare in nessun'altra parte della sierosa, come venne ammesso da Muscatello, maggiormente si comprende quanto valore possa avere il procurare di raccogliere i liquidi settici, che eventualmente si possono formare, nel piccolo bacino e di allontanarli quindi dalle fosse laterali e sottodiaframmatiche del peritoneo.

Praticamente per ottenere la posizione semiseduta di Fowler non sono del tutto necessari dei letti speciali come quello di Gorham; basta disporre dietro la testa ed il dorso dell'ammalato dei cuscini in tanto maggior numero quanto più vicino alla verticale si vuol collocarne il tronco. Io soglio far mantenere questa posizione, che è ben tollerata dagli infermi, per quattro o cinque giorni, dopo i quali gradatamente faccio loro assumere il decubito ordinario dorsale o laterale a seconda dei casi.

Per tutto il tempo che rimangono nella posizione di Fowler sottopongo gli operati anche alla proctoclisi permanente, a goccie, valendomi dell'apparecchio costruito da Galante, che meglio di ogni altro risponde allo scopo. Esso è semplicissimo: consiste in un tubo i gomma di cui un'estremità comunica con un recipiente di vetro da enteroclisma contenente il siero fisiologico, e l'altra con una sonda intrarettale; a metà circa del tubo è intercalato un contagoccie ed un regolatore a vite, di cui 15 gocce corrispondono ad un cc. di siero. Per mantenere la soluzione fisiologica calda o si può aggiungerla a piccole dosi di frequente nell'enteroclisma, o si può far passare il tubo tra due bottiglie di acqua calda poste fra le gambe dell'ammalato, come consiglia Giordano.

La quantità di siero che io sono solito adoprare nelle 24 ore con questo mezzo non supera i quattro litri: un tale quantitativo mi si è dimostrato sempre sufficiente.

Non sappiamo ancora con precisione qual sia il meccanismo di azione delle istillazioni intrarettali di soluzione fisiologica; secondo alcuni esse determinerebbero nei linfatici peritoneali una corrente inversa alla normale onde i prodotti tossi-infettivi eventualmente formantisi entro la sierosa sarebbero facilmente e di continuo allontanati; secondo altri invece, stabilendo nell'intestino una corrente continua, ne provocherebbero le contrazioni peristaltiche in modo più attivo e favorirebbero così il potere di assorbimento della sierosa peritoneale.

Comunque sia, sta il fatto che gli infermi sottoposti alla proctoclisi, presentano un decorso postoperatorio ideale; il polso se dapprima, alla fine dell'intervento, era piccolo e vuoto, in parte ora diventa valido e pieno, il respiro da frequente e superficiale si fa perfettamente normale, l'addome si mantiene ben trattabile, non meteorico, ed i dolori inerenti all'atto operativo mancano o hanno lievissima durata. Ma quel che più conta nessun segno clinico di sepsi peritoneale sia localizzata che diffusa è dato di osservare anche se l'opera-

zione accompagnandosi ad un inquinamento più o meno esteso della sierosa ci lascia molto perplessi sui suoi risultati.

Da quando uso la disinfezione del peritoneo coll'etere ed adotto nel trattamento post-operativo la posizione di Fowler e la proctoclisi permanente di Murphy con soluzione fisiologica, io non ho osservato alcun caso di peritonite in quei numerosi interventi laparatomici nei quali è avvenuto l'inquinamento della sierosa o con il contenuto gastro-intestinale o con essudati settici.

CONTRIBUTI CLINICI.

Considerazioni pratiche d'elioterapia

per il dott. ALESSANDRO PRATI.

In onore già presso gli Antichi (ed Erodoto ci ha dato una descrizione chiara e precisa delle sue indicazioni e della tecnica) l'elioterapia fu praticata dai Greci negli arenaria o eliosi, e dai Romani nei solaria, che erano numerosi nelle case private, oltrechè nelle pubbliche terme, dove tuttora se ne vedono le vestigia.

Ripresa dopo la notte medioevale, sulla fine del sec. XVIII, incontrò presso medici ed anche presso empirici favore sempre maggiore; ma è solo sullo scorcio del passato secolo, che dall'empirismo comincia ad entrare nella fase scientifica.

Grazie alle scoperte sulla luce solare e le varie radiazioni, ha principio allora, nel Mezzogiorno della Francia, specialmente, nella Svizzera e persino sotto il pallido sole della Danimarca, ad opera del Finsen, con scarsa partecipazione dell'Italia, quel largo movimento di ricerche fisico-sperimentali, che intensificandosi sempre più, insieme alle osservazioni di clinica e di elioclimatologia, doveva inalzare l'eliot. alla dignità di vera branca scientifica della medicina.

Così, della luce solare, fattore essenziale della cura, ci è nota, oltre la sua composizione, anche la natura, estensione e proprietà degli elementi costitutivi, ossia delle varie radiazioni, il loro modo di propagarsi e le condizioni, che tale propagazione favoriscono e ostacolano, donde derivano l'intensità dell'energia solare e la sua efficacia curativa. Da queste indagini scaturiscono le prime leggi della pratica elioterapica, che possono così formularsi:

A) La quantità di radiazioni chimiche e di radiazioni calorifiche nel raggio solare è egualmente proporzionale tanto al monte, come al piano, mentre la dispersione globale da 2000 m. d'altitudine fino al livello del mare è praticamente nulla.

La perdita che, al contrario, subiscono i raggi attraversando nebbie o nubi è considerevole, e quindi la condizione fondamentale per la cura è un clima secco e giornate soleggiate;

B) L'aria ambiente fredda ostacola l'efficacia del bagno di sole;

C) La quantità di calore solare, di cui può beneficiare un soggetto, aumenta in proporzione doppia della *T* ambiente dell'aria, ossia è di 20° ni ambiente a 10°, di 30° a 15° etc.;

D) L'azione delle radiazioni chimiche aumenta parallelamente ed in rapporto alle radiazioni calorifiche, però molto più intensamente, di modo che se a 10° si ha un effetto chimico *N*, con una *T* di 12° si ha 2 *N*, e cioè un effetto doppio con l'aumento di soli 2°. (1)

Pertanto dalle leggi in *C* e *D* si può dedurre che, riscaldando leggermente la camera, è possibile prendere un bagno di sole, caldo, anche in stagione fredda, con aumento, inoltre, dell'efficacia stessa del bagno.

Ci è pure nota l'azione della luce solare sugli organismi, dagli infinitamente piccoli a quelli superiori ed all'uomo.

Importante al riguardo è l'azione battericida, propria delle radiazioni chimiche, che presentano intensità gradualmente maggiore dall'indaco procedendo verso il bleu, violetto ed ultravioletto, mentre intensissima è l'azione dell'u. v. estremo, il quale ha poi effetti addirittura abiotici.

Le radiazioni chimiche hanno potere di penetrare attraverso ai tessuti, esercitando quindi la loro azione, oltre che in superficie, anche nell'interno dell'organismo. Il che è dimostrato con certezza per le piccole profondità (Finsenterapia del lupus), mentre per le profondità maggiori il fatto è pure ammesso, in base a numerose prove fotografiche ed a favorevoli risultati clinici; risultati a cui è probabile, tuttavia, contribuisca in gran parte l'organismo stesso, il quale all'azione solare risponde attivamente e intensamente.

Inquantochè la luce solare, oltre un intenso lavorio atomico-molecolare, dovuto alle vibrazioni rapidissime delle varie radiazioni, che nella materia trasfondono le loro possenti energie, determina importanti fenomeni organici e funzionali.

Dei quali, oltre l'azione microbicida sopranotata, i più importanti da segnalare sono:

a) la pigmentazione, generalmente considerata quale segno di resistenza organica e di pronostico favorevole;

b) la vasocostrizione o la vasodilazione cutanea, sanguigna e linfatica, accompagnata da diapedesi leucocitaria e da fagocitosi, con effetto locale risolvente e sclorasante, e sugli organi pro-

(1) Atti del Congresso di Cannes, aprile 1914: G. BAUDOUIN, *Gaz. des eaux*. Rue Humbold 3, Paris.

fondi decongestionante, insieme al miglioramento della circolazione generale, dovuto principalmente all'azione ipotensiva o ipertensiva del bagno caldo o del bagno freddo;

c) l'iperfunzionalità della pelle e dei reni, nonchè l'aumento delle ossidazioni e degli scambi, donde effetto disintossicante sull'organismo e stimolante dei processi di nutrizione, con sviluppo più accentuato dei muscoli, peli, ossa e accrescimento del peso corporeo. Inoltre, aumentano i globuli sanguigni, insieme al tasso emoglobinico, mentre diminuisce la poichilocitosi; vi ha azione analgesica ed azione sedatica sul sistema nervoso, accompagnato da senso di euforia e di maggiore energia.

Da questi molteplici effetti fisio-biologici scaturiscono razionalmente le varie indicazioni curative.

Così, oltre le tbr. chirurgiche esterne, che costituiscono l'indicazione più conosciuta, sono sottoposte al trattamento solare anche le tbr. profonde e viscerali, con successi notevoli e, nei primi stadi, anche definitivi; e ciò, oltre che nella tbr. polmonare, nella adenopatia mediastinica, peritonite, enterite, nefrite e nelle affezioni infiammatorie dell'utero ed annessi, dolorose od emorragiche. La cura poi «fa meraviglie», così si esprime Revillet, nei disturbi mestruali, essendo il sole un potente emmenagogo.

La stessa è indicata, inoltre, in tutti i casi di indebolimento organico generale, impoverimento del sangue e rallentamento della nutrizione, e quindi nelle convalescenze protratte, surmenage, età avanzata, anemie da clorosi, pretubercolosi, trauma, crescenza, cachessia malarica, nella gracilità, neurastenia, enterite cronica (essendo il sole antispasmodico e regolatore peristaltico), scrofola, rachitismo, ricambio, intossicamento da eccessi dietetici o da infezione, ed in generale nelle malattie croniche accompagnate da depressione nutritiva e nervosa con atonia gastroepatica e insufficienza renale.

L'eliot., poi, per le sue proprietà riduttrici, analgesiche, sclerogene, e microbicide è eccellente mezzo di cura locale, e così mostrasi efficace nel lupus, nelle piaghe, atoniche di qualsiasi natura (varici, bruciature, geloni), fratture, specie se aperte, contusioni anche con perdita di sostanza, lussazioni, periostiti e osteiti fistolose, miositi infettive, atrofie muscolari.

Alle indicazioni segue la conoscenza degli effetti nocivi (eritema, colpo di sole, intolleranza, crisi di salute, secondo Monteuis) e quella sulle controindicazioni.

Alle quali, poi, sono con efficacia opposte norme precise di tecnica e posologia.

Queste si fondano sull'estensione, graduazione e durata dell'esposizione al sole, sulla temperatura del bagno (caldo, tiepido, freddo) e sulla durata del trattamento, che deve essere in rapporto alla natura della malattia e all'età, costituzione fisiopatologica, reazione e tolleranza del malato. Il quale deve perciò essere sorvegliato dal medico per quanto interessa temperatura, polso, respirazione, stato degli emuntori, composizione del sangue, peso corporeo, pigmentazione, andamento della malattia e stato generale, essendo sempre necessario stabilire un trattamento individuale e speciale per ogni singolo caso, e non generale. Agli studi clinici poi s'accompagnano ricerche eliologiche e metereologiche, allo scopo di determinare per ciascuna località le condizioni essenziali e indispensabili all'esecuzione della pratica, e cioè l'insolazione, la sua durata giornaliera e secondo le stagioni, le condizioni della località in rapporto all'igrometria, nubi e venti, l'orario d'applicazione (mattino, pomeriggio), l'esposizione della località, sua protezione, etc. Indagini pure sono state fatte per la ricerca di materie trasparenti, permeabili alle radiazioni (celluloide laminata), con cui proteggere le parti insolate, come pure per trovare strumenti e metodi idonei a registrare le ore d'insolazione (eliografi) ed a misurare l'intensità globale o parziale delle singole radiazioni, non chè la loro temperatura (che è diversa da quella ambiente) in rapporto all'applicazione, secondo le diverse indicazioni cliniche, di un bagno caldo, tiepido o freddo.

Dalle cose dette si può comprendere, come non basti esporre un malato al sole per fare l'elioterapia. E se un empirico di talento, quale il Rikli, potè verso la metà del secolo scorso praticarla con successo (il che, del resto, è quanto accadde anche al Kneipp nelle cure idriche) è ovvio, che solo il medico, come per le altre cure fisiche, è in grado di conoscerne le vere e precise indicazioni e controindicazioni, e, oltre associarvi, all'evenienza, altri mezzi terapeutici occorrenti, applicare con le modalità, che ogni singolo caso richiede, le norme tecniche del trattamento.

Il quale, esposto in breve, nelle sue linee generali e di massima, si pratica come segue. Si sceglie un luogo bene soleggiato ed al riparo dai venti, evitando i molesti riflessi e, se l'ambiente non è situato completamente all'aperto, tenendo conto, per quanto riguarda la durata delle sedute, della notevole quantità di radiazioni che provengono dalla volta celeste.

Il paziente munito di adatto schermo pel capo, di occhiali affumicati e di leggiere e corte mutandine da bagno, espone nudo il corpo intero all'azione diretta del sole, incominciando dai piedi il primo giorno e passando nei giorni successivi gradatamente alle gambe, coscie, addome, torace,

collo e testa. La durata dell'insolazione su ogni parte la prima volta è di 5′ a 20′ e si raddoppia, triplica, e così via, a mano a mano che si passa alle altre parti del corpo. Raggiunto il collo e la testa, verso la fine della prima settimana, l'insolazione continua graduale sulle varie parti per un'altra settimana, finchè il collo e la testa siano esposti per 1 *h*.

Da questo momento si fa l'insolazione completa dell'intero corpo fino dall'inizio della seduta. Sul principio le sedute sono 2–3 nella giornata, intercalate da 1 *h*. di riposo; in seguito raggiungono la durata giornaliera, complessiva di 3 e fino di 6 *h*., devono sospendersi ½ — 1 *h*. prima del pasto di mezzogiorno, per impedire che insorga inappetenza.

Più efficaci sono le ore dalle 10 alle 14, che d'estate, però, non converrebbero per iniziare il trattamento, essendo il caldo eccessivo.

In quanto alla scelta dell'ora, tuttavia, bisogna, aver riguardo alla natura della malattia ed alle condizioni fisiopatologiche dell'infermo, in modo da poter applicare, a seconda dei casi, un bagno caldo, tiepido o freddo, ossia un bagno, che misurato, non con un termometro comune, ma ad es. coll'eliotermometro di Vallot abbia una temperatura, rispettivamente, superiore a 37° e fino a 40°–44°, inferiore ai 37° e fino a 31°–33° oppure una temperatura al disotto di quest'ultimo limite. Questi limiti non sono assoluti, dovendo essere messi in rapporto colla temperatura del soggetto e colla sua stessa costituzione.

Così, per un convalescente, che presenti temperature molto basse, comincierà per lui il bagno caldo ad un limite inferiore a quello indicato sopra, mentre in un soggetto debole si potrà arrivare al bagno caldo solo dopo un'allenamento compiuto mediante il bagno tiepido. Per un trattamento locale, regionale, il periodo d'adattamento può essere abbreviato in confronto di quello ora esposto, che è relativo ad un trattamento generale.

A seduta ultimata, come del resto per predisporre un soggetto che sia freddoloso, sono utili frizioni con alcool in ambiente caldo per attivare le funzioni della pelle.

Durante il periodo d'adattamento, e cioè per un paio di settimane, compete esclusivamente al medico, oltre la direzione, anche la diretta sorveglianza del trattamento, essendo necessario esercitare un regolare e diligente controllo sulle funzioni dei principali sistemi, sull'andamento della malattia e sullo stato generale, seguendo però, quale criterio più sicuro, quello desunto del grado di pigmentazione della pelle; in quantochè è assiomatico, che un malato bene pigmentato possa esporsi lungamente e liberamente all'azione solare.

La sorveglianza medica occorre, tuttavia, anche in seguito, specialmente in riguardo ai soggetti impressionabili, deboli o intossicati di vecchia data, nei quali può presentarsi, dopo un mese circa, uno stato di crisi con sintomi di esaurimento nervoso, malessere generale, riacutizzazione di disturbi o fatti pregressi (poussée congestizie negli artritici) etc...

Si sospenda allora il trattamento speciale, finchè col semplice bagno d'aria, qualche dolce applicazione idrica e alimentazione moderata e leggiera, non sia ritornata la calma e regolarizzato il circolo.

Vista così l'importanza e l'efficacia dell'elioterapia, nonchè la sua tecnica generale, rileveremo ora, come nel Congresso di Cannes del 1914(1) ne sia stato messo in evidenza anche l'azione sua propria, intrinseca e specifica, indipendente da fattori climatici o da altri elementi terapeutici.

Nessuno ha mai pensato, esclama Nogier, di curare le adeniti, esponendole semplicemente all'aria.

Aimes afferma, che a Palavas (Montpellier) si osservano di frequente malati, i quali passano tutta la giornata sulla spiaggia, ma sotto la tenda, tardando lunghi mesi a guarire; se questi malati sono invece insolati, guariscono rapidamente.

Sarebbe difficile dimostrare più chiaramente l'effetto favorevole della cura solare.

Gaujoux riferì di un ragazzo, convalescente di peritonite tbr. saccata, con larghi ingrossamenti, accompagnata da dimagramento progressivo. Figlio di pescatori, viveva continuamente sul mare; ma ottenne la guarigione completa, solo, dopo un'esposizione di sei mesi al sole.

Anche Leo fece una comunicazione su due casi di peritonite, che insorsero mentre i malati vivevano al mare. Il quale quindi non valse ad impedire l'insorgenza della malattia, mentre il sole costituì, anche qui, la condizione sine qua non della guarigione.

Il dr. Berhnard di St. Moritz, che, insorto contro il dogma della specificità del clima marittimo nella cura della tbr. esterna, aveva ottenuto benefici effetti dal trattamento climatico alpino, fu indotto ad adottare metodicamente l'eliot. in seguito ai risultati ottenuti da prima, nella cura di una vasta piaga addominale, assolutamente ribelle agli ordinari metodi curativi, dove il successo fu *rapido* e *decisivo*, e, poi, su tre casi (lupus, scrofuloderma, omartrite) che furono curati e guariti, esclusivamente per mezzo del sole (2).

Ed anche Andrieu, dopo avere al Congresso stesso sottoposto a critica minuziosa e severa i risultati dell'eliot. conseguiti sul mare nel tratta-

(1) l. c.
(2) *L'Elioterapia...* Dott. ROATTA. Hoepli, 1914.

mento delle tbr. esterne, ne ammette l'azione felice sullo stato generale, *indiscutibile*, insieme al miglioramento dello stato della musculatura, che colla cura marina e la sola aereoterapia non sono così *solleciti* e *brillanti*. Certo, il mare ed il monte possono coadiuvare l'efficacia curativa del sole, sia per le condizioni più propizie d'atmosfera e d'ambiente da essi offerte, come per gli effetti tonico-stimolanti propri di quei climi; ma, tuttavia è sempre alle proprietà intrinsiche e specifiche dell'azione solare, che devonsi gli splendidi e rapidi risultati, che ottengonsi colla elioterapia.

La quale, pertanto, è risultata efficace, come al mare, prima, ed al monte, poi, così altrove, alla pianura stessa, dovunque si presentino le condizioni necessarie ed indispensabili, e cioè dovunque risplenda il sole e l'insolazione sia a sufficienza prolungata.

Il che non può essere difficile realizzare in alcuna regione del piano, da noi, dove si hanno, del pari che sulla costa del Mediterraneo, 2500 ore di sole nell'anno, di fronte a 1600 ore nella Germania e 1200 nell'Inghilterra; da noi, dove l'energia solare, purchè si evitino luoghi soggetti a nebbie, fumo e polvere, è intensa, essendo essa in rapporto, principalmente, all'altezza del sole sull'orizzonte, mentre è praticamente nulla la differenza dovuta alla diversa altitudine s. m. delle varie località.

Da noi, al piano, troviamo intensa la stessa potenza attinica, come è dimostrato dalle pigmentazioni, rapide e marcate, che vi si ottengono nei soggetti insolati.

Sebbene debbasi al riguardo notare, che a tale fattore si abbia tendenza, ora, a concedere importanza minore, che per l'addietro, ritenendosi che l'efficacia della cura solare sia da attribuirsi non esclusivamente, secondo riteneva Finsen, alle sole radiazioni attiniche, ma all'insieme delle varie radiazioni, le quali favorite, per quanto riguarda quelle ad onda più lunga e quindi di potenziale più basso, dalle diastasi cellulari, rappresentano il 14 % dell'energia solare totale, di fronte a meno di 1 % delle radiazioni u. v.

Da Nogier si arriva, anzi, ad affermare, che l'assorbimento maggiore di raggi u. v. determinato dall'opalescenza dell'atmosfera nelle città non impedisca, grazie all'azione delle radiazioni ad onda più lunga, che si ottengano effetti elioterapici più profondi e superiori a quelli ottenuti altrove, purchè le sedute siano prolungate sufficientemente a compensare i raggi assorbiti.

Comunque, la clinica è scienza d'osservazione, anzichè di ragionamento teorico, e l'esperienza ormai ha in modo indubbio potuto largamente dimostrare, come, anche lontano dal mare a dal monte, la pratica elioterapica possa, pure alla pianura e nelle stesse città, avere efficace ed utile applicazione.

Infatti, fino dal 1853 Vanzetti praticò con successo a Padova la cura solare nei morbi articolari a lento decorso e nelle osteoperiostiti; e quasi contemporaneamente la scuola di Lione, in quel clima brumoso, intraprendeva lo stesso trattamento nelle artriti del ginocchio e quale ricostituente generale dell'organismo; trattamento che con Poncet, sopratutto, divenne, come egli afferma « l'ausiliario più efficace, l'agente indispensabile per la cura di ogni tbr... ed è äpplicato in modo sistematico non solo nelle tbr. locali, ma anche nelle viscerali ed in numerose altre affezioni croniche. »

Pure a Padova « nei raggi di sole », aperti nel 1905, i risultati ottenuti in un periodo di oltre nove anni e su un numero considerevole di bambini, dal dr. Randi furono dichiarati *meravigliosi* su lesioni tbr. « di parti esposte al sole », e cioè in numerosi casi di adeniti sottomascellari e cervicali e di osteoperiostiti delle dita. E si noti, che qui l'elioterapia era soltanto locale e quindi si rinunciava ad usufruire degli effetti più generali ed intensi derivanti dall'esposizione al sole dell'intero corpo denudato. Al Kinderspital di Basilea si pratica dell'eliot. sistematica dal 1912, anche in pieno inverno e « vi si ottengono pigmentazioni, che non hanno nulla da invidiare a quelle della montagna... Sono oltremodo soddisfatto dei nostri risultati. » così dichiara il direttore prof. Wieland. (1).

Armand-Delille nella *Presse Mèdicale*, 1913, afferma che « i fatti hanno provato, che parimenti al piano, nel centro della Francia, si possono ottenere eccellenti risultati dalla cura solare, come lo provano le esperienze intraprese a Lamotte-Beuvron da Hervé, a Parigi da Dufour all'ospedale Broussais e dall'A. stesso all'ospedale Herold, trattando con successo una bambina affetta da adenopatia cervicale.

A Milano il dr. Emilio Viganò, direttore del padiglione Ambrogio Bertarelli, da più di cinque anni pratica la cura solare sistematicamente e su un numero sempre maggiore di malati, sottoponendovi, oltre le tbr. chirurgiche esterne, piaghe e lesioni ulcerate varie, peritoniti tbr., il reumatismo articolare cronico etc.

Il trattamento è praticato dal maggio all'ottobre, e malgrado il clima e l'ubicazione non molto felice del luogo, nelle cui vicinanze sorgono varie officine coi loro alti camini fumosi, si ottengono successi brillanti, come io stesso ebbi in varie occasioni a constatare.

E fu appunto in seguito a ciò, che io fui indotto

(1) Dott. ROATTA, l. c.

lo scorso estate a far istituite presso le Colonie Padane Cremonesi un padiglione, dove poterono essere curati coi bagni di sole una quindicina di bambini e di profughi, che erano già stati destinati al mare ed alla montagna. Dei quali alcuni erano soggetti gracili o anemici ed altri erano affetti da polimicro e macroadeniti od osteoperiostiti e uno da morbo di Pott.

L'esperimento condotto in riva al Po, in tutta vicinanza delle città, sebbene praticato in istagione favorevole, e cioè nel colmo dell'estate, potè durare regolarmente solo poco più di un mese; tuttavia, vi si ottennero risultati incoraggianti con rapide ed intense pigmentazioni; miglioramento notevole dello stato generale e della nutrizione, accompagnato da aumento del peso corporeo anche negli individui più deperiti; processo di riparazione e cicatrizzazione dei seni fistolosi attivo e rapido, e, fra l'altro, nella profuga Contardo Maria, d'anni 18, riduzione molto sensibile di un voluminoso pacco glandolare del collo.

L'infermo di morbo di Pott, nel quale fin dalla prima settimana la cura accennava a far sentire in modo manifesto i suoi benefici effetti, influenzando favorevolmente la formazione della raccolta purulenta sottoglutea, fu costretto ad interromperla dopo alcuni giorni, per un disgraziato accidente di vettura.

Dimostrato così, come la pratica elioterapica possa essere efficacemente ed utilmente eseguita anche lontano dal mare e dalla montagna, dobbiamo rilevare che ciò ha importanza non solo sanitaria, ma anche economico-sociale.

Quanti, invero, per ristrettezze finanziarie o per esigenze professionali o per condizioni speciali di infermità non sono impediti di portarsi lontano da casa, per curarsi nelle stazioni climatiche del mare o della montagna?

Rendu, rappresentante al Congresso del Consiglio Municipale di Parigi, lamentava che gli ospizi marini di quella grande metropoli potevano accogliere 1500 ragazzi all'anno, mentre i bisognosi di cura salivano a 50.000!

La città di Cremona, con 42.000 abitanti, mentre prima inviava alla cura clinatica marina ed alpina alcune diecine di ragazzi, lo scorso anno, essendone impedita dalle contingenze della guerra, pensò d'attivare invece le sue Colonie Padane.

Or bene, con una spesa relativamente non ingente e vicinissimo alla città, potè beneficare oltre 700 ragazzi, i quali dal bagno di sole e di aria, a cui erano sottoposti a corpo denudato l'intera giornata, dopo un breve tuffo nell'acqua, trassero, insieme a quelli dello speciale padiglione elioterapico, notevole vantaggio nella salute; vantaggio, che si rese anche maggiormente apprezzabile quando fu visto ritornare ,in condizioni di salute, al contrario, poco floride, un piccolo nucleo di altri ragazzi, i quali, con disagio e spesa assai maggiore, erano stati, come per l'addietro, parte inviati al mare e parte alla montagna.

Nello stesso Congresso di Cannes, che aveva per oggetto la trattazione dell'eliot. marina, si levarono varie ed autorevoli voci in favore dell'estensione e diffusione della cura solare ovunque, anche lontano dal mare e dalla montagna, esistessero condizioni adatte per praticarla; e, fra gli altri, Monteuis, che è stimato elioterapista a Nizza, si augurava che *tutte* le città avessero le loro installazioni e ne fossero forniti ospedali e case private, e ciò a vantaggio di tutti coloro, che non potessero fare la cura marina o, aggiungeremo noi, alpina.

Lo stesso augurio ripetiamo noi per il nostro Paese, così splendidamente favorito dalle sue condizioni climatiche, dove l'elioterapia potrebbe trovare la più larga ed utile applicazione, sopratutto, permettendo alle istituzioni climatiche, che ora ne sono impedite dall'ingente spesa, che importano le cure marine e alpine, di beneficare in sito un grande numero di bambini bisognosi.

Roma, marzo 1919.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE DEL SISTEMA DIGERENTE.

Il trattamento della stitichezza abituale.

(S. RITCHIE. *Edinburgh med. Journ.*, nov. 1918).

La stitichezza abituale, legata alle condizioni dell'odierna civiltà, tende però a diminuire, in confronto di una ventina d'anni fa. Essa è connessa con numerosi disturbi, quali torpidità mentale, abbattimento, cefalea, pallore cutaneo, fiato puzzolente, dovuti a ritenzione di sostanze alimentari o dei loro prodotti di disintegrazione nell'intestino crasso, e ad assorbimento di tossine prodotte durante la loro decomposizione. La stitichezza provoca altresì colite ed effetti congestizî locali, nelle vene emorroidarie e negli organi pelvici. Le cause più comuni sono la negligenza nella evacuazione giornaliera delle feci, la scarsezza del contenuto intestinale (sia per insufficiente quantità, sia per eccessiva concentrazione degli alimenti), la secchezza e la durezza delle feci, la mancanza di energia nervosa locale o generale. Sono cause meno frequenti gli spasmi localizzati all'intestino, le affezioni dolorose dell'ano e degli organi pelvici, le stenosi dell'intestino, e la compressione da parte dell'utero spostato, della prostata ingrandita, ecc.

Il medico deve informarsi anzitutto da quanto tempo dura l'affezione, e quali rimedî sono stati

usati. Nel caso in cui con i lassativi si ottengono soltanto scariche liquide è necessario un esame locale; quando questo rivela la presenza di feci indurite si debbono allontanare meccanicamente e far prendere poi dell'olio di ricino, procedendo ad un nuovo esame dopo qualche giorno.

È necessario anzitutto insegnare al paziente il modo di defecare, diffondendosi anche su nozioni, che al medico sembrano assai elementari. Molti credono p. e. di aver soddisfatto le esigenze della natura con una scarica frettolosa ed ignorano che il crasso ben tosto manda il materiale nel retto, che ne resta sovraccarico, si dilata, perde la sua sensibilità e la facoltà di svuotarsi spontaneamente. Il paziente deve quindi scegliere un'ora della giornata in cui sappia di non essere assillato dalla fretta, possibilmente a non lungo intervallo dai pasti, ed abituarsi alla defecazione giornaliera.

Talvolta le feci sono eccessivamente secche e dure: ciò può dipendere, o dal fatto che sono rimaste troppo a lungo nell'intestino, o perchè troppo scarsa è la quantità di liquido ingerita, o troppo grande quella eliminata per altre vie (sudore nell'estate, orine nei diabetici, nefritici): talvolta si tratta di abuso di tè, di eccesso di calce nell'acqua, di effetti secondarî dei purganti, p. e. a base di solfati e di rabarbaro. Le cause accennate dovranno evitarsi: è giovevole il bere qualche sorso d'acqua la notte od al mattino, non però agli individui di una certa età che sono costretti ad alzarsi la notte per urinare. Quanto al tè è consigliabile quello chinese meno ricco in tannino che quello dell'India o di Ceylan.

La mancanza dello stimolo espulsivo può dipendere da esaurimento, dopo malattie acute, o per anemia, da vita sedentaria, ecc. Si tratteranno le condizioni generali e si farà una cura locale col massaggio e l'elettricità. In questi casi la dieta è di grande importanza; si consiglieranno il pane integrale, le verdure, le frutta; le bibite di acqua fredda mezz'ora od un'ora prima del pasto. In ogni caso vanno sempre proibiti i medicamenti che provocano violenta peristalsi e scariche acquose. Nella maggior parte si potrà prescindere da ogni lassativo o ricorrervi solo come espediente temporaneo per ricondurre l'intestino alle sue abitudini. Ad ogni modo, va fatta una scelta caso per caso. Quando le feci sono secche e dure, è utile l'olio di vasellina che può mescolarsi a parti uguali con estratto di malto; se ne prendono due cucchiai da tè al giorno, aggiungendovi ogni volta 2 goccie cascara sagrada. Se le feci non sono secche, lo zolfo ed i suoi preparati saranno giovevoli, per mantenere molle il contenuto intestinale. Nel caso in cui sono necessarî i tonici, vi si può associare un poco di belladonna, che agendo sul sistema parasimpatico, inibisce lo spasmo.

Quando sia deficiente la secrezione biliare, si otterranno buoni risultati con piccole dosi di podofillina, euvonimina, aloina. Rimane però una categoria di casi, in cui è necessario ricorrere a purganti più forti: l'*A.* consiglia le pillole di Moir, a base di gialappa, scamonea, ed aloe, che non hanno effetti secondarî di costipazione.

Se la stitichezza è prodotta da spasmo nell'intestino, l'indirizzo terapeutico sarà affatto differente. La belladonna darà buoni risultati e talvolta sarà utile aggiungervi anche la morfina in piccole dosi: la dieta va pure scelta accuratamente, evitando gli alimenti irritanti.

Quando, con la stitichezza abituale si accompagnano parecchie scariche giornaliere e dei dolori colici, il caso va studiato accuratamente con tutti i metodi, non esclusa la radiografia, procedendo poi eventualmente, all'atto operativo nel caso di stenosi.

A. FILIPPINI.

Le enteriti croniche di guerra: diagnosi e terapia.

(Dott. JAQUES CARLES. *La Presse Médicale*, 10 febbraio 1919).

La sindrome comune, con minime variazioni di poca importanza, che presentano i malati di enterite cronica ha origine da cause molto diverse e comporta un trattamento terapeutico vario da adattarsi ad ogni singola forma morbosa a seconda la etiologia di essa. Agli effetti, dunque di una opportuna ed efficace terapia, non bisogna accontentarsi di porre la diagnosi generica e priva di valore: « enterite cronica » ma con tutti i mezzi cercare di scoprirne la natura e l'origine esatta.

1) Una enterite cronica può essere la conseguenza di una *antica infezione amebica acuta*. Nel reperto di amebe dissenteriche o di cisti di queste nelle feci possediamo l'elemento migliore per fondare con tutta sicurezza la diagnosi. Tale ricerca va intrapresa con le precauzioni necessarie, specie nei casi difficili e dubbi (esame delle feci emesse di recente; prelevamento del materiale per l'esame dai fiocchi muco-sanguinolenti ed in certi casi anche dal muco aderente alle ulcerazioni rettali messe in evidenza con la rettoscopia; riattivazione, con determinati procedimenti, della forma e dei movimenti delle amebe, specie nella stagione invernale; arricchimento delle feci con purganti, irritanti intestinali, ecc.) e con la conoscenza sicura dei caratteri che valgono a differenziare le amebe patogene (histolytica, tetragena, minuta) dalle non patogene (amoeba, coli, ecc.). Precisata la diagnosi non resta che la cura. Nel cloridrato di emetina l'enterite

amebica acuta semplice ha il rimedio specifico eroico; nelle forme croniche però non è questo il sale di emetina che meglio corrisponde: è da preferirsi l'ioduro doppio di emetina e bismuto che va somministrato (con le opportune cautele) per 12 giorni successivi alla dose di cgr. 18 *pro die* divisi in tre capsule gelatinose, una per ogni pasto. Ad evitare possibili ricadute è necessario ripetere la cura ogni tre mesi, ogni sei mesi, ogni anno a seconda la gravità dei fenomeni. Ravaut raccomanda di dare agli infermi per 12 giorni, alternando i due medicamenti, da 5 a 20 cgr. *pro die* di novoarsenobenzolo e di ioduro di emetina e bismuto in capsule gelatinose.

2) Un altro gruppo di enteriti croniche è quello dovuto ad un'*injezione intestinale per opera di diversi parassiti*: lamblia, cercomonas, tetramitus, tricomonas ed ancora più raramente anchilostoma, ascaridi, tricocefalo. Anche in questi casi l'esame dele feci, per la presenza di individui adulti, di cisti o di uova, mette in chiaro la diagnosi. Le enteriti da lamblia sono quelle che più debbono preoccupare poichè trattasi quasi sempre di enteriti gravi, interminabili, facili a recidivare. Contro tali parassiti non si hanno mezzi specifici di cura: a seconda la varietà dell'ospite i disturbi intestinali cedono più o meno rapidamente all'azione del timolo (tricocefalo, ascaride, anchilostoma), della trementina (tricomonas, cercomonas, tetramitus), dello zolfo (lamblia) o di altri sussidi terapeutici come la santonina, il felce maschio, l'arsenobenzolo, soli od uniti a clisteri di nitrato d'argento, protargolo, ecc.

3) In qualche caso le enteriti sono dovute all'*associazione di amebe dissenteriche con altri parassiti intestinali* (lamblia, triconomas, ecc.). Tali associazioni parassitarie sono importanti a conoscersi perchè spesso si veggono enteriti amebiche resistere, contro ogni aspettativa, alla cura specifica. Ma se ad essa si aggiunge un adatto trattamento per la infezione secondaria i fenomeni intestinali spariscono.

4) Altre volte l'esame scrupoloso, ripetuto delle feci non rivela la presenza di nessun parassita. La rettoscopia mette in evidenza o una ulcera unica retto-colica o ulcerazioni intestinali multiple: il muco, prelevato direttamente dalle ulceri, al microscopio non presenta parassiti; ma lascia sviluppare nelle colture o *bacilli paratifici* o *bacilli dissenterici*. Ecco un altro gruppo di enteriti croniche assai interessante: si tratta di individui che hanno sofferto qualche mese prima di un'affezione tifosa o di un'enterite bacillare acuta e dopo di allora non si sono più rimessi completamente in salute.

La guarigione in queste forme si ottiene con la cauterizzazione delle ulceri intestinali fatta sulla guida della rettoscopia (Mathieu) e con un trattamento generale adatto: siero antidissenterico, vaccinoterapia paratifica.

5) Ma un'enterite cronica può esser legata ancora ad una *insufficienza digestiva funzionale*. In tali contingenze tutti gli esami sono negativi: l'enterite è causata da un'anomalia della mucosa intestinale che consiste o in una insufficiente secrezione delle ghiandole digestive o in una incompleta assimilazione delle sostanze ingerite.

Il più delle volte siffatti disturbi enteritici sono la conseguenza di un'antica infezione tifosa.

Un pasto di prova adatto (carne arrostita e patate; riso e burro) somministrato per 48 ore e l'esame delle feci emesse in questo periodo di tempo stabiliscono il grado e la natura dell'insufficienza intestinale. Il risultato dell'esame regola a sua volta la terapia. La somministrazione dei fermenti digestivi che in quel determinato caso fanno difetto, di limonee cloridriche, di solfato di soda a digiuno costituisce la cura della malattia. In ogni caso di enterite cronica la prova accennata non andrebbe mai trascurata malattia. In ogni caso di enterite cronica la prova accennata non andrebbe mai trascurata per concedere, a ragion veduta, gli alimenti più opportuni i quali diano il maggior rendimento all'organismo e non ingombrino inutilmente l'intestino.

6) *Un'esagerazione delle fermentazioni intestinali* può dar luogo egualmente ad enteriti croniche. La normale proporzione tra germi intestinali saccarolitici (60-70 %) e germi proteolitici è allora alterata prevalendo or l'una or l'altra categoria. Praticamente sono più interessanti le diarree croniche putride legate alla preponderanza di germi proteolitici. Colorando con il metodo del Gram una piccola quantità di feci si può ad un dipresso giudicare quale delle due flore sia a causa dei fenomeni enteritici essendo i germi proteolitici Gram resistenti ed i saccarolitici Gram non resistenti. Lo studio microscopico così istituito della flora intestinale riesce anche utile per la ricerca di spirilli i quali, sebbene non abbiano un'importanza etiologica nelle enteriti croniche, si accompagnano sempre ad ogni grave enterite e scompariscono quando se ne ha la guarigione.

La terapia consiste nella soppressione delle sostanze azotate e grasse nelle enteriti legate

ai germi proteolitici; nell'uso di qualche purgante, nell'insemento dell'intestino con i germi antagonistici (latti acidi, formaggi forti freschi, ecc.). Un regime prevalentemente azotato concesso per qualche giorno ha ragione delle enteriti da germi saccarolitici.

Contro gli spirilli giovano l'arsenico e la dieta priva di sostanze azotate.

7) Un'ultima categoria di enteriti è quella dovuta ad una vera e propria «simpatosi addominale» in individui affaticati; in emotivi, ecc. Tali enteriti si accompagnano sempre a sintomi nervosi come iperestesia nel campo della regione solare, dermografismo, ipotensione, ecc.

L'idroterapia, sopra tutto termale, i bagni elettrici e l'uso interno di bromuri, belladonna e valeriana danno la guarigione il più delle volte.

Le diverse cause, schematicamente enumerate, possono ritrovarsi associate variamente in ogni enteritico e dar luogo a sindromi che fanno di ogni paziente un caso a parte il quale va studiato minutamente da tutti i punti di vista per non subire poi delusioni nella terapia. E' necessario cioè, nei malati di enterite cronica che a noi si presentano, di non dimenticare mai di fare un interrogatorio ed un esame clinico completo; un esame microscopico e batterioscopico delle feci; uno studio della flora intestinale; la ricerca della utilizzazione digestiva; la rettoscopia e l'esame microscopico e culturale delle sostanze aderenti alle ulceri qualora queste esistano. La diagnosi delle enteriti croniche se così condotta è facile: la terapia vantagiosa e sodisfacente.

D. MASELLI.

Le emorragie coliche.

(R. GOIFFON et J. NORDMANN. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1918, p. 384).

Le perdite di sangue non sono molto rare nelle coliti, esse si presentano a volte in forma di emorragie abbondanti, di breve durata, acute, a volte in forma di emorragie leggiere, di lunga durata, croniche.

L'emorragia acuta sopravviene in una recrudescenza di colite, oppure segna il principio di fenomeni intestinali.

L'emorragia cronica può riprodursi durante parecchi mesi, senza che si riesca a scoprire alcuna lesione.

Nei casi citati dagli autori, il luogo d'origine di queste perdite non si poteva osservare col rettoscopio.

La coesistenza di materie dure o solide assieme al sangue emesso, e il fatto che il sangue usciva puro dopo le evacuazioni, provano che l'emorragia avveniva al disotto del posto dove le materie si concretano, senza poter precisare altro.

La diagnosi differenziale sarà spesso difficile. Bisogna eliminare la poliposi rettale: l'esame rettoscopico permetterà di farlo.

La tubercolosi intestinale può causare perdite, ma allora l'eliminazione del pus è abbondante nelle materie e il sangue non è puro.

Il cancro del retto dà pure emorragie, ma anche qui il mucopus si mescola al sangue. La massa neoplastica può esser vista o sentita.

La dissenteria dà raramente delle emorragie pure, l'analisi delle evacuazioni o le reazioni ematologiche indicano la diagnosi.

Le emorragie acute, con rialzo di temperatura, prostrazione, senza sintomi netti di colite, possono far pensare al tifo.

La stasi della circolazione portale, l'ipertensione arteriosa, l'emofilia, saranno eliminate dopo l'esame generale dell'ammalato.

Per le emorragie interne spesso difficili a palparsi il rettoscopio attesterà la loro presenza.

La cura contro l'emorragia consisterà in lavature all'hémostyl calde (39°). Il cloruro di calcio, l'ergotina, completeranno la cura locale. Nelle emorragie croniche l'emetina è un buon emostatico.

Quanto alla colite concomitante, la cura, al momento attuale, non dà risultati molto favorevoli.

(Lugano). U. CARPI.

MALATTIE DELLA PLEURA.

Le pleuriti influenzali.

(PR. CHAUFFARD. *Journal des Praticiens*, 15 febbr. 919).

Nel corso della recente epidemia d'influenza le complicanze polmonari sono state assai frequenti: ad esse, per gli intimi rapporti tra lesioni polmonari e pleuriche, spesso si sono aggiunte reazioni da parte della pleura.

L'importanza delle affezioni pleuriche negli influenzati è sopra tutto grande dal punto di vista della terapia, talvolta assai difficile a decidersi. Su 21 casi di osservazione dell'A. 6 riguardano pleuriti siero-fibrinose, con modico essudato, che hanno avuto un decorso benigno. In 3 altri malati la puntura della pleura ha rivelato una scarsa quantità di liquido siero-emorragico in cui, sia con ricerche microscopiche che batteriologiche, non si son potuti dimostrare germi di sorta. Bisogna pensare che in tali evenienze si tratti di una speciale e benigna reazione pleurica, puramente congestizia, senza che si sia aggiunta nessuna infezione.

A parte tali casi d'interesse molto relativo la complicazione che assume un'alta importanza per la clinica, anche perchè nell'ultima epidemia si è

mostrata con una frequenza insolita, è la pleurite purulenta.

In genere, astrazione fatta dalle statistiche riportate durante questa epidemia, la gran maggioranza delle pleuriti purulente si raggruppano in tre categorie: 1°) *pleuriti purulente pneumococciche;* 2°) *pleuriti purulente streptococciche;* (le più gravi); 3°) *pleuriti purulente tubercolari*. Pleuriti purulente determinate da altri germi (6 del tifo; 6 tetrageno; 6 di Pfeiffer, uno degli agenti patogeni dell'influenza, ecc.) sono assai rare.

A seconda del fattore etiologico il pus ha caratteri diversi: denso, giallastro, cremoso, che mal si stratifica col riposo e privo di sangue nelle pleuriti da pneumococco; è in quelle streptococciche più sieroso, di colorito verdastro, leggermente emorragico e di facile sedimentazione. Le pleuriti purulente tubercolari danno luogo ad un pus siero–grumoso simigliante più a quello streptococcico che a quello pneumococcico. I germi nel pus estratto possono ritrovarsi o puri o associati, ma è lo streptococco il germe che domina nella etiologia delle pleuriti purulente (su 15 casi ben 13 volte lo streptococco fu ritrovato in cultura pura).

Tutte le pleuriti insorsero o durante le localizzazioni polmonari o appena dopo che queste furono risolute. In quale periodo della malattia si manifestino i primi segni della pleurite purulenta è difficile assai precisare, data l'insorgenza insidiosa e latente dei fenomeni morbosi a carico della sierosa. Il caso più precoce osservato dall'A. è stato al 3° giorno di malattia; il più tardivo dal 22°: in genere può dirsi che tale complicazione comparisce fra la 10ª e la 15ª giornata.

Dal punto di vista dell'evoluzione clinica le pleuriti purulente vanno distinte in due categorie: in una la complicazione pleurica si rende evidente per tutti i segni noti di un grande versamento unito ad uno stato generale grave. I segni rivelatori indiretti di un versamento purulento della pleura (edema della parete toracica, reticolo venoso superficiale, reticolo linfo angioitico, adenite ascellare, dolore toracico) sono mancati in quasi tutti i malati, anche nei portatori di una vasta pleurite. In un' altra categoria vanno posti quei casi in cui la pleurite va ricercata con molta maggiore cura e difficoltà. I sintomi fisici e funzionali sono scarsi e dubbi: i malati tossiscono ed espettorano come dei bronchitici e dei bronco-pneumonitici abituali; all'esame null'altro di particolare si nota all'infuori di una ottusità o di una ipofonesi in corrispondenza di una base toracica per un'altezza di 4–5 dita trasverse ed una diminuzione del murmure sulla zona ottusa. Una puntura esplorativa è necessaria per confermare la dubbiosa diagnosi.

La prognosi di tale complicazione è grave: su 9 casi affidati al chirurgo 7 morirono e 2 guarirono; di altri 5 non operati 1 morì e 4 giunsero a guarigione.

Il trattamento medico cui furono sottoposti gli infermi è stato il seguente: in tutti vuotamento della pleura con numerose punture; iniezioni intrapleuriche di siero antistreptococcico (40–60 cc. a più riprese); iniezioni sottocutanee dello stesso siero. Nei casi gravi sono state praticate anche iniezioni endovenose di siero e, per approfittare efficacemente il più possibile dei giorni utili per una sieroterapia (a causa di pericoli di fenomeni anafilattici nei giorni successivi) si è stati generosi nelle dosi durante la prima settimana. Al momento pericoloso (8ª, 9ª giornata, in genere) iniezione endopleurica di 40–60 cc. di soluzione all'1 % di bleu di metilene.

Il sistema di cura indicato ha avuto un'influenza favorevole: ha fatto diminuire notevolmente la temperatura ed ha beneficamente agito sul decorso della malattia. In un tempo variabile dai 4 ai 25 giorni dopo l'iniezione di bleu di metilene e per una durata di 13–30 giorni si sono avuti sputi completamente azzurri fin dall'inizio. Tale vomica ad eliminazione lenta e progressiva non può spiegarsi ammettendo una eliminazione del contenuto pleurico per opera delle vie di assorbimento attraverso la mucosa bronchiale poichè è sempre mancata una glaucuria iniziale. L'unica spiegazione possibile è che si sia trattato in ogni caso di una pleurite perforante che di solito, pur verificandosi in questi malati, passa inosservata. Se si eccettui l'ispettorato tinto in bleu nessun segno di un pio–pneumotorace esisteva in tali pazienti. In uno di essi, soltanto, la succussione, ricercata con il metodo orizzontale dello Chauffard, fu potuta ascoltare per due, tre giorni di seguito. Anche l'esame radioscopico non rivelò segni di raccolta gazosa, oltre la purulenta, forse perchè la rottura pleurica era valvolata e troppo scarso il gas contenuto in cavità.

La prognosi di queste pleuriti purulente para o meta–pneumoniche come si è detto è grave: è da sperare forse un pronostico migliore adottando il sistema operatorio applicato dal Bérard e Dumond di Lione in 22 casi del genere: in essi si ebbero 2 morti soltanto. La tecnica istituita dai due chirurgi è quella classica: apertura della pleura posteriormente in corrispondenza dell'8° spazio, in genere, e resezione di una costola. Considerando, però, il punto pleurico più declive non già indietro ma in avanti essi operano una contro apertura antero–laterale, e, dopo la ripulitura meccanica della cavità e della parete pleurica, iniziano irrigazioni endopleuriche con liquido di Dakin in modo analogo a quanto si fa nelle artriti purulenti. I risultati di tale metodo sono eccellenti e la felice casistica degli AA. fa onore alla tecnica usata.

D. MASELLI.

**Studio sul drenaggio della pleura.
Trattamento di scelta delle pleuriti purulente.
(Sterilizzazione chimica con i gas
e i vapori antisettici).**

(L. CHEVRIER. *La Presse Medicale*, 9 gennaio 1919).

Finora non esiste un modo di drenare logicamente, anatomicamente, completamente la pleura. Se si pratica la resezione della 6ª costa sulla linea ascellare posteriore, come ha recentemente raccomandato M. Tuffier, con esperienze praticate sul cadavere, previa asportazione dei polmoni, si constata la ritenzione di 1250 a 1300 cmc. di liquido nella posizione verticale, di 650 cmc. nella posizioni coricata. La resezione dell'8ª costa sulla linea scapolare permette di restare meno lontani dal limite inferiore della pleura, ma lascia ancora persistere una ritenzione di 150 a 200 cmc. nella posizione verticale, di 300 cmc. nella posizione coricata.

I chirurgi si sono così bene accorti che le loro incisioni di pleurotomia drenano male, che hanno immaginato ogni sorta di processo per risolvere la difficoltà. Hanno consigliato, come coadiuvanti della pleurotomia, posizioni anormali: malato coricato sul lato a permanenza o più volte al giorno, malato sollevato in modo da avere il bacino più alto del torace. Koenig ha proposto perfino di mettere più volte al giorno il malato con la testa in basso per vuotare i cul di sacco diaframmatici. Si è voluto anche rimpiazzare il drenaggio semplice con l'aspirazione continua o il sifonaggio.

Il principio, su cui tutti i chirurgi sono d'accordo, che cioè bisogna drenare la pleura nel punto più declive, è esatto, ma finora non s'è pensato che al cul di sacco costo-diaframmatico che limita la pleura in basso, mentre vi è una regione della cavità pleurica in cui la ritenzione si fa in una maniera molto più massiva: questa è la doccia latero-vertebrale. Solo M. Walther, nel 1888, ha insistito su questo seno largo e profondo, in cui devono colare, come le acque nella valle, i liquidi contenuti nella pleura, mentre il corpo è in decubito dorsale. Se si vuole ottenere un drenaggio totale effettivo, è logica ed obbligatoria la resezione in corrispondenza del fondo della valle, nel punto più declive della parte inferiore della doccia costo-vertebrale, a livello della riflessione della pleura. Anatomicamente, nella posizione sollevata del soggetto normale, conviene di drenare la pleura attraverso l'11º spazio intercostale; ma l'anatomia patologica viene disgraziatamente a distruggere la precisione dell'insegnamento fornito dall'anatomia normale. Il fondo del cul di sacco costo-diaframmatico di una pleura patologica è rimontato. Questa ascensione patologica, che bisogna ben conoscere per non passare al disotto della cavità pleurica ed entrare nell'addome senza avere aperto la pleurite purulenta, dipende da una parte dall'ispessimento della pleura dovuto alle false membrane di fibrina coalescenti per adesione fra loro, dall'altra dall'edema e dall'infiltrazione del tessuto cellulare sottopleurico. L'operazione di empiema deve essere dunque praticata sulla linea angolo-costale, ma il punto declive in cui deve essere fatta l'incisione non può essere precisato esattamente, a causa dell'ascensione patologica variabile del cul di sacco costo-diaframmatico. E siccome nè le punture esplorative praticate nei singoli spazi intercostali, nè la radioscopia possono permetterci di determinare esattamente sul torace sulla linea angolo-costale il livello preciso del bassofondo pleurico patologico, l'*A*. ha ideato la seguente nuova tecnica:

Il primo tempo dell'intervento, l'incisione, è determinato dalla puntura esploratrice, praticata nel limite inferiore dell'ombra radioscopica. Bene inteso, la puntura esplorativa viene praticata nella regione costo-vertebrale. L'incisione è fatta obliquamente sulla costa immediatamente sottostante alla puntura positiva: dopo sezione del gran dorsale e qualche volta del piccolo dentato posteriore, si pratica, come d'ordinario, la resezione della costa. Incisa la pleura, evacuato lentamente e completamente il versamento pleurico, si fa da questa prima incisione evacuatrice ed esploratrice l'esplorazione col dito della cavità pleurica e sopratutto del suo bassofondo. A livello del punto declive così determinato si pratica una seconda incisione dei piani intercostali, la vera incisione di drenaggio, in cui si pongono tubi multipli, grossi e corti. L'incisione esploratrice non è drenata, ma medicata a piatto.

Questo drenaggio nel punto più declive è da sè solo sufficiente per ottenere la guarigione ed evitare un gran numero di fistole pleuriche che dànno le altre tecniche.

Un altro desideratum resta da realizzare: la disinfezione chimica della cavità pleurica che acceleri la guarigione. M. Tuffier si serve del liquido di Dakin, ma con questo mezzo non si può ottenere il lavaggio di tutte le pareti della pleura. Si può far meglio e più semplicemente. Basta aggiungere al drenaggio totale su descritto la disinfezione gassosa o con vapori. I vapori antisettici bagnano egualmente tutte le pareti della cavità pleurica. L'apparecchio è facile a improvvisare. Esso comporta un serbatoio contenente un gas compresso, aria o meglio ossigeno. Il gas si fa gorgogliare per mezzo di un tubo in un flacone contenente un liquido antisettico volatile etere puro o mescolato con un po' di formolo. Poi i vapori sono ripresi nel flacone e per mezzo di un tubo portati nel cavo pleurico del malato.

Riassumendo, la pleura non deve essere drenata sulla linea ascellare o scapolare, come insegnano tutti i libri classici, se si vogliono evitare le fistole pleuriche e gl'interventi ripetuti: la disinfezione gassosa o con i vapori antisettici, congiunta al drenaggio logico (parte inferiore del fondo della doccia vertebro-costale sulla linea angolo-costale), realizza il migliore, il più completo ,il più perfetto trattamento delle pleuriti purulente.

B. MASCI.

Esame batteriologico durante la cura dell'empiema streptococcico.

(A. L. GARBAT. *The Journal of the American Medical Association*, febbraio 1919).

Nel rapporto preliminare della Commissione per lo studio dell'empiema si dà una grande importanza all'esame batteriologico; per mezzo di questo si può giudicare il grado dell'infezione o la sterilità del cavo pleurico postempiematoso. Gli studi fatti possono riferirsi anche ad empiemi prodotti da altri germi. La tecnica del metodo di cultura è la seguente: si portano in corsia diverse piastre di Petri sterili, in ciascuna delle quali si mette 0.1 a 0.2 di soluzione sterile di tiosolfato di sodio 1/10 normale (la soluzione viene distribuita per mezzo di una pipetta graduata sterile). Dopo aver finito le medicature, e levati i tubi attraverso i quali pássa il liquido di Dakin, una ansa di platino viene introdotta nella cavità pleurica, *evitando di toccar le pareti del tragitto, che conduce nella cavità ;* estratta l'ansa, questa viene messa nella piastra di Petri e lavata nella soluzione di tiosolfato di sodio. Poi 10 cc. di agar neutro liquefatto si mettono in una provetta dove si aggiunge 1 cc. di sangue umano sterile, defibrinato; la miscela viene versata nella piastra di Petri, la quale contiene l'essudato pleurico. Il contenuto, distribuito uniformemente nelle piastre, si lascia per 24 ore, dopo di che si contano le colonie sviluppate in ognuna di queste. Le culture ottenute presentano una percentuale minima di altri microorganismi; si ottiene di solito pure sviluppo di colonie di streptococchi emolitici.

Queste culture si possono allestire ogni 2-3 giorni, in certi pazienti ogni giorno. È interessante notare, come è stato anche descritto dalla Commissione, che nel trattamento Carrel-Dakin la cavità dell'empiema diventa sterile, il numero degli streptococchi emolitici diminuisce gradualmente, cosicchè su una piastra al principio con 90 per cento di emolisi e 100 mila batteri, dopo la toracotomia e trattamento con soluzione di Dakin, per diverse settimane, le piastre si ottengono sterili. Naturalmente è importante di far le culture almeno 6 ore dopo eseguito il lavaggio della cavità.

Nei casi nei quali non si osserva la graduale diminuzione della flora batterica o se questa subisce delle oscillazioni, bisogna pensare a complicanze, quali: 1) formazione di una piccola sacca secondaria dove non arriva la soluzione di Dakin; 2) presenza di qualche frammento necrotico di una costola che fa da parete nella cavità dell'empiema; 3) alterazioni della sostanza medicamentosa.

Quando le piastre mostrano diminuzione della flora batterica, le culture si possono prendere soltanto due volte alla settimana e dopo aver ottenuto per diversi giorni un risultato negativo il chirurgo può chiudere la cavità.

Diversi nuovi fattori sono stati introdotti in questo studio:

1) si sostituisce il sangue defibrinato per le culture con sangue diluito in una soluzione di citrato di sodio (0.3 per cento). Questa impedisce la coagulazione ed una minore quantità di sangue viene adoperata;

2) il pus per le culture deve esser preso sempre direttamente dalla cavità e non dal tubo di Dakin, perchè il pus del tubo contiene meno batteri e può essere anche sterile, mentre quello della cavità contiene i germi;

3) bisogna eseguire le culture anche del tragitto che conduce nella cavità e soltanto quando anche queste riescano sterili la cavità può esser chiusa.

In conclusione si può dire che:

1) l'esame batteriologico durante la cura dell'empiema col metodo della disinfezione di Dakin è molto importante;

2) le culture debbono esser fatte colla secrezione presa dalla cavità e non dai tubi;

3) le culture della cavità e del tragitto che conduce nella cavità debbono dare risultato negativo ripetutamente sterile prima di decidere a chiudere la cavità;

4) una persistente alta percentuale di batteri o un improvviso aumento di questi, deve sempre far pensare a qualche complicazione nel corso della guarigione;

5) sangue diluito nel citrato di sodio può essere adoperato per le culture.

Dott.ssa OSSLAN.

Il fascicolo 4° (1° aprile 1919) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

STORIA DELLA MEDICINA.

Che cos'era la malattia del sudore o sudor anglicus del XV e XVI secolo?

(ARPAD G. GERSTER. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*).

I contemporanei sono discordi circa la data dello sbarco del duca Richmond a Milford Haven nel 1485. Si presume sia stato il primo agosto. L'armata invadente procedeva per la via di Cardigan verso Shrewsbury, dove attraversò il Severn; di qui a Newport, Stafford e Lichfield, dove rimase accampata dal 18 agosto, in territorio paludoso. Il campo di Bosworth non è lontano da Lichfield, e quivi fu combattuta la battaglia, che finì con la sconfitta e la morte di Riccardo III. Tre settimane trascorsero tra lo sbarco e la battaglia e nella marcia gli uomini di Richmond coprirono circa 200 miglia, marcia rapidissima e più che faticosa, dato il peso degli armamenti e le strade cattive. Durante la traversata da Havre a Milford Haven, che occupò sette giorni, la malattia si sviluppò tra i mercenari di Richmond, e, dopo lo sbarco, gran numero di essi dovette essere lasciato lungo il cammino. La malattia fu rapidamente trasmessa agli abitanti, spargendo il terrore; Lord Stanley, nel temporeggiare, addusse come scusante la rovina del nuovo morbo. Dopo la vittoria, Enrico VII in quattro giorni procedette su Londra. Dal 21 settembre, Bacone riferisce che durante cinque settimane « infinite persone » vi soccombettero. Alla fine dell'anno l'epidemia si era sparsa su tutta l'Inghilterra, non risparmiando il clero, la borghesia e la nobiltà. Quando apparve ad Oxford, insegnanti e studenti fuggirono.

Sin dal 1482 era esistita in Francia una micidiale malattia, chiamata da Mézeray « dangereuse et mortelle », che, quantunque non contagiosa, attaccava grandi e piccoli, una specie di febbre ardente e frenetica, che infiammava il cervello e lo inaridiva con dolori così forti, che alcuni saltavano nei pozzi.

Merita anche attenzione il fatto che l'armata di Richmond consisteva di mercenari, *lance libere* a formar le quali concorrevano coloro dediti al crimine e al vagabondaggio. Mézeray dice che « devastarono il territorio, così che sorse il timore che il male fosse sparso per conquistare la Francia da questi briganti, e Carlo VII diede a Richmond queste lance di Normandia, in numero di 3000 ». È facile immaginare quali dovevano essere le condizioni igieniche di quella armata e l'affollamento e il sudiciume a bordo dei piccoli navigli.

In contrasto con le condizioni presenti, lo stato di disordine delle abitazioni inglesi era grande. Erasmo scrive: « Il pavimento delle case è di creta battuta; esso è sparso di paglia, che viene raramente rimossa, sovrapponendo altri strati a quelli già sudici, che qualche volta rimangono per un periodo di 20 anni, misti con rifiuti e immondizie, saturati con urina umana e canina ». La presenza degli insetti tra la classe più povera era una condizione accettata, contro la quale non si lottava; conoscendo la grande difficoltà di tenere ancor oggi eserciti netti da insetti, potremo immaginare, le condizioni del 1485. Per riassumere: l'importazione di una malattia febbrile dalla Francia, per mezzo di un esercito di predoni, che avevano trascorso una settimana in mare; armata infetta, esausta dalle micidiali guerre « delle Rose » e affamata per la scarsità delle mèssi, mai maturate durante annate fredde e piovose. Le abitazioni, costruite in legno, piccole, affollate, sudice, infestate di pidocchi, zecche e cimici. Il tempo freddo fu, naturalmente, incentivo all'affollamento e alla sporcizia.

Abbiamo una combinazione di fattori mai superata, quale fomite di un'epidemia.

Gli scrittori del tempo, che riferirono della malattia, furono tutti laici; le descrizioni dei sintomi e del modo di diffusione sono scarse, spesso contradditorie. Da esse si può raccogliere che l'assalto era improvviso, la febbre eccessiva iniziata con freddo, accompagnata da mal di capo, anoressia, vomito, mal di reni e dolore ai muscoli e alle ossa; il male attaccava in tutte le età e condizioni; uccideva nel primo accesso non solo quelli indeboliti dall'inopia, ma molti dei meglio dotati e forti, che abbondavano nel consumo di cibi carnei e preparati con molte droghe, e di alcool.

All'acme della febbre sopravveniva il coma, presto seguito da morte, talvolta due ore dopo l'attacco. Tutti gli autori insistono sulla circostanza che, dopo 24 ore, un sudore profuso e nauseante emanava dal corpo, a cui seguiva o una guarigione sollecita o una lenta e protratta convalescenza. Era molto frequente un ritorno della febbre; pochi dànno importanza alla sua *ricorrenza*, essendo la loro attenzione dominata da più ovvi sintomi (dolori reumatoidi, mal di capo, febbre ardente, coma e profuso sudore). La maggior parte non considerò epidemica la malattia, contagiosa come la peste, perchè molti furono attaccati senza aver avuto contatto con malati, dovuta a un veleno atmosferico, precipitato dalla perpetua cortina di nebbia e pioggia. È notevole l'unanimità dei contemporanei riguardo all'improvvisa e completa cessazione del male.

La seconda invasione della *malattia del sudore* avvenne nel 1506, sette anni dopo la terribile distruzione operata nel 1499 dalla peste. In Londra morirono 30.000 persone; il Re fuggì a Calais. Nell'insieme, l'epidemia fu più mite.

La terza manifestazione epidemica ebbe luogo nel 1517, flagellò il paese durante sei mesi, propagandosi alle frontiere della Scozia. Fra le condizioni che possono averla favorita si può menzionare lo sviluppo della vita industriale in Inghilterra alla fine del regno di Enrico VII; la conversione in pascoli di molte terre arabili, causò l'emigrare della popolazione agricola alle città; gran numero di operai genovesi, lombardi, francesi, tedeschi, si stabiliva in Inghilterra. Ne risultò grande prosperità, ma eccessivo affollamento. Non potendo essere arrestata l'invasione delle città da parte dell'affamata popolazione di campagna, ne seguì disoccupazione e povertà. Tutte le città, dalle strade strette e malsane, alloggiavano gli abitanti più poveri in umide e incomode cantine. Risse sanguinose fra disoccupati avvennero in Londra nell'aprile e maggio del 1517, ricordate sotto il nome di « Insurrezione del cattivo maggio ». In luglio scoppiò la malattia del sudore e Goodwyn dice: « Fra il popolo, furono innumerevoli coloro che perirono », ma i ricchi non rimasero esenti. Ammonio, segretario del Re, che vantava con Tommaso Moro la propria immunità, dovuta alle abitudini semplici, morì due ore dopo. Della Corte morirono Lord Grey e Clinton, oltre a gran numero di nobili. Il Re fuggì in campagna, cambiando di frequente alloggio, seguito da lugubri notizie, riferenti che in questa o quella città un terzo o metà della popolazione era morta.

L'acme del morbo fu raggiunto sei settimane dopo l'inizio. Oxford e Cambridge perdettero i migliori insegnanti. Gli Scozzesi e gl'Irlandesi furono risparmiati, ma la malattia si estese a Calais.

Nel 1528 apparve per la quarta volta in Inghilterra. L'epidemia fu più distruttiva di tutte le precedenti; si estese all'Olanda, alla Germania settentrionale, alla Scandinavia. Riguardo alle condizioni meteorologiche, il 1527 e il 1528 furono anni umidi e freddi, tanto che il conte Newenar scrisse: « In quell'anno e nel precedente vi furono tanti temporali, inondazioni e freddo combinati con perpetua umidità, da sembrare che il clima della Gran Bretagna avesse preso possesso della Germania ». In Inghilterra la semina primaverile era appena finita, quando, nell'aprile e nel maggio, piovve di continuo per otto settimane; folte nebbie coprirono il paese e distrussero l'ultima speranza del raccolto. Il cronista di Erfurt riferisce che dopo un inverno dolce, la primavera anticipò tanto, che per San Matteo (24 febbraio) tutti portavano mazzi di violette; nella primavera e l'estate si ebbe una successione di temporali, con perdita delle mèssi. La carestia fu spaventosa, le bestie e persino gli uccelli morirono in gran numero. Per espediente, parte delle mèssi verdi non marcite fu falciata e le spighe di grano furono essiccate nei forni, per essere mangiate come minestra.

Press'a poco al medesimo tempo invase la Danimarca, dove a Copenhagen, in un solo giorno, morirono 400 persone. Apparve pure in Svezia e Norvegia. Dopo tre mesi dal suo apparire in Scandinavia, l'epidemia cessò.

Strano è il silenzio dei medici inglesi contemporanei intorno alla *malattia del sudore*, che ebbero opportunità di osservare durante le precedenti epidemie; essi erano sotto l'influenza scolastica degli antichi; tutto ciò che non apparteneva ad Ippocrate o Galeno, non li interessava. La gran massa dell'opera medica era nelle mani di chirurghi e barbieri, per lo più illetterati.

Intanto la malattia era penetrata in Germania. La controversia religiosa era in pieno ardore. La nuova e micidiale malattia divenne, negli animi agitati, soggetto di interesse universale. Esiste ancora una ricca serie di libelli stampati in Olanda e in Germania, opere di medici e di laici. Vi furono anche pubblicazioni ufficiali, come quella del gran Concilio di Berna, il cui proposito era di combattere il terrore universale e dare direzioni terapeutiche miti e prudenti.

Essendo ignorata l'utile esperienza raccolta in Inghilterra la comparsa dell'epidemia nel continente trovò professionisti e popolo impreparati. I primi libelli apparvero nel Netherlands, scritti da avidi e ignoranti ciarlatani. Il fatto che l'attacco febbrile finiva con una crisi di sudore, induceva alla conclusione che una diaforesi artificiale profusa avrebbe risolto favorevolmente la malattia: quindi fu raccomandato che il male si domasse in grevi giacigli, tutte le fessure e le aperture della stanza chiuse, un enorme fuoco acceso nel camino, bevande calde copiose. Questo metodo fu conosciuto come *regime del Netherlands*.

Ben presto per opera di un protestante inglese, il dott. Barr, dotto filantropo che viveva a Lubecca, il metodo di cura inglese venne a conoscenza del pubblico e indusse all'abbandono del micidiale *regime germanico*. Ciò nonostante vediamo sorgere con insistenza curiose preoccupazioni. Se il paziente si addormentava, era perduto: il sonno veniva confuso col coma fatale e però si facevano ridicoli sforzi per impedire il sonno.

Da queste fonti non è difficile costruire un prospetto clinico preciso del *morbus Anglicus* o *suette*.

L'affermazione unanime che la durata della febbre sia di 24 ore non dev'essere presa alla lettera, poichè parecchi scrittori ammettono varianti. Così Schiller dice: « Habet inconstantes notas morbus ». L'accesso cominciava con freddo, seguito da febbre altissima, il malato cadeva di frequente in istato comatoso. Il brivido cominciava con formicolio delle mani e dei piedi, sensazioni

dolorose sotto le unghie e profonda prostrazione, intenso mal di capo e di schiena, anoressia e vomito, dolori ossei alle estremità, indi deliri e coma, dispnea, cianosi e incoscienza che generalmente conducevano alla morte. Il polso era sempre teso e gradatamente diveniva più debole; spesso l'affievolimento del cuore coincideva coll'acme della febbre. Dopo 24 ore, la superficie del corpo si bagnava di una perspirazione profusa e fetida. L'azione degl'intestini e dei reni era tavolta normale, talora soppressa. Un'eruzione vescicolare come la nostra *sudamina* è menzionata. Casi fatali mostrarono bolle, petecchie e pustole. Il timore di sopprimere la traspirazione era universale, uno spettro che è sopravvissuto sino ai giorni nostri. Le ricadute erano frequenti; ognuna era considerata come una nuova invasione della malattia, l'individuazione della quale si concepiva in un solo attacco febbrile. John Kaye menziona un caso in cui ne furono notate 12. La malattia attaccava specialmente le persone di età media, fanciulli e vecchi erano risparmiati.

La *febris sudatoria s. pestis Britannica* apparve in Inghilterra per la quinta e ultima volta a Shrewsbury il 15 aprile 1551, donde si sparse su tutto il Regno, diminuendo a gradi sin che alla fine di settembre cessò. La morbilità fu senza esempio, la mortalità spaventevole.

Durante questa epidemia riapparve in Inghilterra un curioso fenomeno, osservato nella seconda invasione: polveri di diversi colori, rosso, giallo, cenerino, si posarono sui tetti e sugli abiti. I panni conservati negli armadi erano macchiati e gli utensili. Frequentemente cadeva pioggia mista con questa polvere, favorendo le leggende delle « pioggie di sangue ».

In quest'ultima invasione si ebbe la prima pubblicazione medica inglese sulla malattia. Autore fu John Kaye (morto nel 1573), il *Cajus* di Gonville Hall. Insegnò anatomia ai chirurghi di Londra; divenne poi medico di Edoardo VI e fu mantenuto in questo ufficio dalle regine Maria ed Elisabetta. Successe a Minacre nella presidenza del Collegio dei Medici e istituì due pubbliche autopsie annuali, le prime eseguite in Inghilterra. Egli fu testimonio dell'epidemia del 1551 a Shrewsbury e a Londra. Nel suo libretto (1552) condanna le grossolane abitudini di cibo e di bevande dei suoi compaesani, e attribuisce la malattia all'aria avvelenata. Come profilattico raccomanda l'uso di fuochi purificatori e conforta il consiglio con l'affermazione che i cuochi e i fabbri mostrano una notevole immunità. La sua cura consisteva in metodi miti; deprecò i drastici e condannò la traspirazione forzata.

L'incertezza regnata intorno all'identità di questa malattia è oggi scomparsa, poichè la *malattia del sudore* dev'essere stata una forma virulenta di febbre recidiva. L'infezione viene portata da parassiti degli esseri umani accalcati in abitazioni malsane, e, suo elemento predisponente, è l'indebolito stato di salute, causato dalla fame e dalla depressione morale.

L'agente causale è la *spirocheta febris recurrentis*, che raggiunge il sangue per varie forme accidentali d'inoculazione. Propagatori ne sono principalmente i pidocchi del capo e del corpo, le zecche e probabilmente le cimici. In Europa e ai nostri giorni, come deve essere stato in Inghilterra nei secoli XV e XVI, è una malattia dei vagabondi luridi. Nicolle ha mostrato, nel 1912, che i pidocchi nati dalle uova di genitori infetti, sono pure infetti; lo stesso è stato accertato riguardo alle uova delle zecche.

Se i resti dell'insetto schiacciato sono strofinati su di una graffiatura fresca, l'infezione segue invariabilmente. La volubilità nel diffondersi della malattia, da principio così inesplicabile, è spiegata dalle capricciose vicissitudini a cui va incontro il sorgere e il cadere della pediculosi.

G. BILANCIONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Torino.

Seduta del 17 gennaio 1919.

Spasmi clonici diffusi.

NEGRO presenta un caso di spasmi clonici diffusi in un soldato, che incominciò a presentare tale disturbo in seguito ad un violento accesso malarico. L'*O.* pensa che a determinare la caratteristica forma dell'alterazione funzionale simulante un forte brivido, possa avere contribuito il fatto che essa si è iniziata con un accesso malarico.

Sulle nevriti latenti post-influenzali.

NEGRO. — Tanto nell'epidemia influenzale del 1889-90 quanto nella presente l'O. ha potuto osservare diversi casi di astenia muscolare ribelle ad ogni cura, dipendente, a suo parere, da alterazioni nevritiche. In quasi tutti questi casi infatti si rilevavano delle alterazioni profonde della conducibilità elettrica dei nervi. Per queste forme l'O. propone il nome di nevriti latenti, in quanto egli pensa che i nervi si trovino in una condizione di particolare stanchezza per effetto dei tossici dell'influenza che hanno agito su di essi, e quindi in condizione di potere per una qualunque causa determinante lasciare il campo ad una vera nevrite conclamata. Una condizione analoga si troverebbe nei nervi degli alcoolisti in cui un processo

nevritico può scoppiare da un momento all'altro anche per una causa minima, incapace di agire sui nervi sani.

L'*O.* crede quindi occorra andare cauti nella prognosi ed evitare di sottoporre i convalescenti che si trovano in queste condizioni a fatiche o strapazzi capaci di determinare una brusca insorgenza della nevrite.

Lesioni nervose da folgorazione.

NEGRO. Avendo avuto occasione di studiare diversi casi di lesioni nervose da folgorazione, riferendosi specialmente a due casi di soldati colpiti nello stesso tempo sul Monte Nero dalla folgore, in uno dei quali erano residuate delle lesioni di carattere nevritico, nell'altro una paralisi flaccida dell'arto superiore sinistro e inferiore destro discute diffusamente la questione dell'origine delle lesioni nervose da folgorazione. Egli crede che allo stato attuale delle osservazioni e delle esperienze, alle quali porta anche un notevole contributo personale, non sia possibile decidere se si tratti di alterazioni dei nervi da dissociazione elettrolitica, di alterazioni isteriche o di alterazioni corticali.

Sulle lesioni oculari nei feriti del cranio.

GRIGNOLO, continuando a riferire le sue osservazioni sulle lesioni oculari nei feriti del cranio, tratta delle alterazioni del fondo dell'occhio, delle alterazioni motorie e delle alterazioni pupillari.

In cinque casi ha osservato la papilla da stasi, in ventuno la papillite semplice e in sette tortuosità delle vene retiniche. Questi tre reperti oftalmoscopici rappresentano tre momenti diversi della stessa lesione, non in relazione alla gravità del trauma subito dal capo.

Nel gruppo delle alterazioni motorie l'*O.* ha riunito sette casi di lagoftalmo paralitico per lesione del facciale ed un caso di paralisi del grande obliquo.

A proposito delle alterazioni pupillari Grignolo nota che la midriasi si riscontra con una certa frequenza nei feriti cranici, specialmente quando si tratta di lesioni gravi.

Seduta del 25 gennaio 1919.

Sul trattamento chirurgico delle causalgie.

BOBBIO. — Partendo dal concetto patogenetico che la causalgia consiste essenzialmente in una nevrite del simpatico perivascolare e perinervoso l'O. ha voluto ripetere nell'uomo le esperienze proposte da Negro, di distruggere coll'elettrolisi le maglie simpatiche perivascolari e perinervose. L'operazione eseguita in otto casi di causalgia di cui 3 dello sciatico, 1 del mediano, 1 del cubitale e 3 del mediano e del cubitale insieme ottenne un pieno successo.

MICHELI e SATTA riferiscono alcune ricerche sul *problema eziologico dell'attuale epidemia d'influenza.* (Il lavoro è stato pubblicato sul *Policlinico*, Sez. Pratica, fasc. 8.).

Sulla virulentazione di alcuni anaerobi putrificanti della gangrena gassosa.

FASIANI. — Dalle sue ricerche risulta che un germe anaerobio, putrifico, non patogeno lo può diventare coll'aiuto del secreto di altri microorganismi associati, mentre da solo è incapace di provocare il quadro morboso della gangrena gassosa.

PIETRO SISTO.

Regia Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Siena. — Seduta del 28 marzo 1919.

Presidenza del prof. BARDUZZI, presidente.

Osteomielite purulenta cronica da permanenza di proiettile di fucile nel corpo della 4ª vertebra lombare. Intervento. Guarigione. Presentazione dell'operato.

TADDEI prof. D. (Direttore Istituto Patol. Chirurg.). L'O. presenta guarito un soldato, che presentava da 5 mesi un seno fistoloso conseguente a ferita al fianco sinistro sull'ascellare media subito sotto la 12ª costa, e che era stato inviato all'ospedale con diagnosi di appendicite per dolori, difesa muscolare nel quadrante inferiore destro dell'addome e febbre insorti da pochi giorni.

Riconosciuta radiograficamente la presenza di un proiettile di fucile nella metà posteriore del corpo della 4ª vertebra lombare, diagnosticata una osteomielite del corpo di questa vertebra in rapporto colla permanenza del proiettile, che manteneva il seno fistoloso ed aveva determinato una ileo-psoite purulenta destra, l'O. praticò per via estraperitoneale un'incisione nel fianco sinistro analoga a quella di Guyon per la nefrectomia, una resezione atipica (come una noce) del corpo vertebrale, l'estrazione del proiettile e quindi l'incisione iliaca destra dell'ascesso iliaco.

La guarigione chirurgica fu completa senza postumi: Le condizioni locali, come quelle generali prima scadutissime, sono ottime.

L'interesse del caso dipende: 1° dalla rarità degli interventi coronati da successo di resezione e di estrazione di proiettili dei corpi vertebrali; 2° dalla non comune evenienza di un ascesso da congestione iliaco da osteomielite purulenta non tubercolare (rarissima) di un corpo vertebrale; 3° dalla tecnica impiegata e dal brillante risultato ottenuto.

Sulla disinfezione chimica degli sputi tubercolari
(*Nota II*).

F. NERI. — Dimostrata l'insufficienza delle soluzioni di sublimato per la disinfezione degli sputi tubercolari, l'A. ha sperimentato con altre sostanze disinfettanti: tra cui i *cresoli* al 3 % (soluzione saponosa) sono risultati capaci di uccidere il bacillo tubercolare nello sputo, dopo 14 ore.

L'A. suggerisce norme pratiche per la raccolta degli sputi in servizi ospitalieri e nella pratica privata.

B.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina

Adunanza del 13 marzo 1919.

L'Accademia ha approvato i due seguenti ordini del giorno:

Profilassi dell'influenza.

L'Accademia, pur riconoscendo che le epidemie d'influenza, nello stato presente della Scienza, difficilmente possono essere circoscritte, a causa della grande diffusibilità del morbo per veicolo aereo e perchè troppo incerte sono le nostre conoscenze eziologiche su tale malattia, ha dovuto rilevare che il male ha trovato alimento, per estendersi ed aggravarsi, in condizioni riguardanti specialmente la cultura igienica generale, lo stato di molte abitazioni e l'assistenza agli infermi.

Fa quindi voti, nell'interesse pure della profilassi e della cura di tutte le malattie infettive:

1) Che si diffondano al più presto e largamente nel popolo le cognizioni d'igiene, ricorrendo massimamente ad un'opportuna riforma della Scuola.

2) Che si favorisca con ogni mezzo la costruzione di case sane e a buon mercato, migliorando intanto quelle esistenti, per quanto sarà possibile.

3) Che assecondando lo spirito di abnegazione e le particolari attitudini, addimostrati in maniera ammirabile anche durante la recente guerra dalle donne nei servizi ospedalieri, si dia ad esse modo di conquistarsi, attraverso a studi bene ordinati dal ministro della Istruzione Pubblica, una posizione onorevole e conveniente come assistenti sanitarie, al fine di corrispondere alle esigenze maggiori della Scienza medica ed agli accresciuti bisogni di una razionale assistenza agli infermi, che tanto si è dimostrata insufficiente nelle attuali contingenze.

4) L'Accademia constatando inoltre che allo stato attuale della scienza non esiste alcun rimedio specifico dell'influenza, ritiene dannosa alla serenità della cura degli infermi, e quindi biasimevole, la pubblicazione su giornali politici di articoli tendenti a far credere alla indiscutibile efficacia di uno o di un altro rimedio.

B.

Per la riforma dei brefotrofi.

L'Accademia,

riferendosi anche ai voti espressi da autorevoli commissioni, compresi quelli formulati dal I Convegno nazionale dei direttori dei Brefotrofi (Roma 19-20 settembre 1917);

considerando la mortalità già troppo elevata, ed ora aggravatasi per la guerra e per la recente epidemia influenzale;

tenendo conto dei danni derivati dalla diffusione della sifilide, della tubercolosi e della malaria come pure dalla diminuita natività e dall'aumento grande degli aborti;

ritiene assolutamente necessario ed urgente che il Governo provveda con apposita legge (più volte promessa) ad una profonda riforma dei Brefotrofi, le cui condizioni purtroppo in molti luoghi non corrispondono nè ai dettami della scienza, nè alle esigenze della moralità, nè agli interessi di una savia amministrazione;

afferma che la direzione sanitaria dei Brefotrofi dovrebbe essere sempre affidata a medici specialisti di pediatria, forniti di ampî poteri ed investiti di precise responsabilità;

ed esprime inoltre il parere che nell'amministrazione dei Brefotrofi si chiamino pure a farne parte madri di alti sentimenti propugnatrici del principio che tutto si tenti pur di arrivare per ogni bambino al riconoscimento della genitrice, allo scopo di assicurare ai figli l'allattamento e le cure materne.

P. L.

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arte.

Adunanza ordinaria del 23 febbraio 1919.

Osservazioni botaniche e sperimentali intorno alla « Digitalis lanata » Ehrh.

G. B. DE TONI ed E. TOGNOLI. — Fatta presente la necessità di estendere e migliorare la coltura di piante officinali e in particolare di quelle, che come la digitale, hanno larghissima applicazione nella terapia, si passa a descrivere una specie, *Digitalis lanata Ehrh.*, la quale corrispondendo nelle sue qualità chimiche e farmacologiche alla *D. purpurea L.* potrebbe essere sostituita a quest'ultima ove se ne intensificasse la diffusione nel nostro paese.

Sull'azione glicosurica dell'atropina.

A. ROSSI. — L'A. ha potuto ottenere evidente glicosurica, mediante iniezioni di atropina in cani, e ne ha indagato il meccanismo patogenetico.

A. DIAN.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

I tre stadî renali nell'intossicazione da sublimato.

M. Askanazy e T. Nakata (rif. in *Presse médicale*, 24 febb. 1918) fanno rilevare che la contraddizione che si nota nelle descrizioni anatomopatologiche del rene nell'avvelenamento da sublimato, dipendono dal fatto che si sono confusi gli stadî per cui passa tale intossicazione.

Al *primo stadio* rosso iniziale, che dura sole 24 ore, corrisponde un rene molto rosso o grigiorosso con congestione generale corticale e midollare, attribuibile ad azione tossica passeggiera sui vasi renali ed accompagnata da necrosi degli epitelî dei tubuli contorti.

Il *secondo stadio* (rene grigio pallido) è il più conosciuto, perchè è quello in cui più spesso interviene la morte; va dal secondo giorno alla fine della prima settimana. Il rene è grosso, pallido per l'anemia vascolare, dovuta alla compressione esercitata sui capillari dai canalicoli distesi. Nei tubuli, a lume ostruito dall'epitelio necrosato, si trovano, a partire dal quinto giorno, segni di rigenerazione, come la comparsa di giovani cellule epiteliali a grosso nucleo in via di proliferazione e di mitosi attiva.

Nel *terzo stadio* (rene rosso), che va dalla fine della prima settimana fino ad oltre il diciottesimo giorno dopo l'intossicazione, si ha la rigenerazione dell'epitelio delle capsule del Bowman. Il rene acquista un colore rosso, più vivo del normale, per l'iperemia della corticale e della midollare, connesso con una rigenerazione progressiva e ad un certo stadio di infiammazione interstiziale e canalicolare.

Tale iperemia è correlativa ad un processo di infiltrazione calcare, risultato di una decalcificazione ossea acuta, che invade tutte le masse epiteliali necrosate.

FIL.

Echinococco renale.

J. Becker (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 12 dicembre) riporta l'osservazione di un paziente che, dopo aver subìto un raffreddamento, ammalò con dolori al petto, diarrea e febbre. Venne dapprima fatta diagnosi di tifo, poi di pionefrosi e da ultimo di pleurite con successivo empiema.

Sulla parete toracica destra si avvertiva uno smorzamento alla percussione, che arrivava sino alla spina della scapola ed in avanti sino allo ascellare anteriore; abolizione del murmure, assenza di fremito vocale tattile.

L'operazione, fatta in vista di un empiema, rivelò invece una cisti da echinococco nel rene con abbondante pus.

Non è chiaro dove il paziente abbia potuto infettarsi, poichè esso assicurò di non avere mai avuto a che fare con cani: ad ogni modo, una volta penetrato l'embrione nei vasi linfatici e sanguigni, raggiunto il dotto toracico ed il cuore destro, invece di portarsi nei punti di predilezione, quali sono il fegato ed il polmone, esso è arrivato al rene, come può giungere del resto in altri organi (milza, cavità addominale, ossa, mammelle, ecc.).

Nel caso in esame, è probabile che l'infezione di questa cisti uniloculare sia avvenuta da parte delle vie urinarie, allorchè il sacco aveva raggiunto una certa grandezza. Il sacco deve aver subìto una perforazione comunicando poi coi bacinetti renali, e ciò spiega appunto la diagnosi primitiva di pionefrosi. L'eliminazione del pus per l'urina è poi cessata bruscamente probabilmente perchè una vescicola figlia deve aver chiuso il punto perforato. D'altra parte, però, l'esame microscopico dell'urina non mostrava nient'altro di patologico che dei leucociti, nè è stato fatto caso all'eventuale presenza di scolici. La diagnosi di cisti da echinococco venne fatta solamente all'atto operativo.

Lo smorzamento alla percussione, che si avvertiva sul torace, si spiega con lo sviluppo della cisti, che sospingendo il diaframma, si spostava in alto comprimendo il polmone.

Nelle prime visite fatte all'ammalato venne palpato un tumore liscio nella regione renale, ciò che non potè più farsi in seguito, probabilmente perchè la sacca, svuotatasi del pus, si era afflosciata.

La terapia in tali casi può essere o la marsupializzazione o l'asportazione del rene affetto. L'A. ha seguito la prima, e consiglia, in linea generale, di attenersi sempre ad essa, poichè in tali casi è difficile che tutto il tessuto renale sia stato distrutto e quindi si può sempre conservare al paziente la parte sana del suo rene; l'estirpazione di questo può tutt'al più essere indicata quando la cisti è calcificata, in modo tale da rendere impossibile la sua successiva obliterazione.

I. P.

Edema senza albuminuria nell'infanzia.

A. Meyer (riferito in *Medical Review*, gennaio 1919) ha osservato in Danimarca una forma analoga all'edema da fame, in un bambino di 4 anni circa. Esso era stato alimentato artificialmente, aveva sofferto un leggero grado di rachitide, pertosse e quasi sempre diarrea; era stato nutrito a lungo prevalentemente con idrati

di carbonio (pane, patate), scarsa quantità di latticello, e solo raramente del pesce.

Il bambino era magro, con temperatura subnormale, con piedi e gambe edematose, addome disteso, senza ascite. Null'altro di anormale all'infuori delle tonsille un po' ingrossate e di alcuni denti cariati. L'urina/alcalina senza albumina, zucchero nè pus, con scarsa quantità di cloruri. Cutireazione negativa.

In seguito l'edema si diffuse alle mani ed alla faccia, si sviluppò ascite ed idrotorace. Nonostante l'aggiunta alla dieta di latte e di pesce l'edema crebbe, estendendosi all'addome ed alla schiena, e facendosi enorme allo scroto ed al pene. Gli arti erano freddi e cianotici; il polso sempre valido e regolare. La quantità dell'urina, di 100-200 cmc. sempre con scarsi cloruri.

Si aggiunse allora alla dieta aclorurata: uva, acido citrico, tuorlo d'uovo, zucchero, pesce, pane e burro. L'edema scomparve con sorprendente rapidità; l'ascite e la diarrea in una settimana svanirono: i cloruri nell'urina aumentarono. Il bambino si fece più vivace, riebbe appetito ed in seguito potè anche tollerare una dieta clorurata.

FIL.

TERAPIA.

Sulla terapia dell'eresipela.

Prima di parlare del trattamento dell'eresipela il dott. Stauber (*Medizinische Klinik*, N. 43) enumera brevemente i mezzi terapeutici finora in uso e dei metodi curativi, i quali per il loro continuo avvicendarsi stanno a dimostrare come non si è ancora in possesso di un trattamento realmente efficace. Quando al principio del 1880 Fehleisen scoprì nello *streptococcus longus* la causa dell'eresipela, ebbe luogo naturalmente un'importante trasformazione nei metodi di cura, specialmente per la ricerca di un mezzo specifico mediante sieri antistreptococcici o vaccini. Di tutti i mezzi proposti ed adoperati rimasero come medicature locali gli impacchi di creta all'acido acetico o di soluzione di sublimato all'1 ‰, di ittiolo in forma di unguento ed oltre a ciò mezzi generali ed interni sintomatici.

Al principio del 1916, quando, a causa della guerra, era difficile servirsi della lanolina, l'A. incominciò a trattare gli eresipelatosi dell'isolamento della sua clinica con spennellature locali di soluzione al 16 % di nitrato d'argento con tali buoni risultati che egli ha sempre usato questo metodo curativo che ha poi sempre seguito in più di 100 casi. La tecnica è semplicissima: questa pennellatura, fatta anche mediante un pennello di ovatta, va eseguita 3 cm. circa al di là dei limiti dell'eresipela, sulla cute sana, usando i dovuti riguardi tutte le volte che la pennellatura vien fatta in vicinanza dell'occhio o dell'orecchio. Dopo circa 15 minuti la cute acquista una colorazione bleu-grigia e dopo qualche ora diventa nera. I sintomi generali sono già al giorno seguente meno intensi e la temperatura tende a diminuire; è necessario ripetere due, tre volte raramente più le pennellature poichè è presto e facilmente dimostrabile l'azione favorevole del nitrato di argento sulla cute erisipelatosa.

L'A. riferisce i risultati ottenuti nella sua clinica notando come la cute può essere pennellata parecchie volte con la soluzione al 16 % di nitrato d'argento senza alcun danno. Alcune parti del viso furono trattate fin sei volte in 19 giorni col nitrato d'argento senza alcuna alterazione e senza la più piccola cicatrice. L'A. non ha finora mai osservato in seguito alla detta cura alcun caso di argiria locale o universale.

Non ha mai usato soluzioni più concentrate di nitrato d'argento (20-25 %) come le consiglia Gaugele).

Avendo l'A. da principio trattato una parte degli ammalati coi comuni mezzi ed un'altra degli ammalati coi communi mezzi ed un'altra parte con applicazione della detta soluzione, ha potuto convincersi che quest'ultimo metodo è indubbiamente più rapido e più sicuro e stabilisce quindi, in base alle sue osservazioni, le seguenti conclusioni:

1° Il trattamento col nitrato d'argento è scientificamente ben fondato;

2° La durata della malattia viene manifestamente abbreviata;

3° Questo trattamento non dà luogo ad alcuna dannosa conseguenza anche usato largamente e ripetutamente;

4° Per la sua semplicità di applicazione riesce grandemente comodo tanto per gli ammalati quanto per il medico e gl'infermieri;

5° Non occorrendo alcun materiale di medicatura e solo qualche volta piccole quantità di vaselina o borovaselina e tenendo conto inoltre dell'insignificante costo di una pennellatura, questo metodo non solo è adatto alla pratica privata ma anche e più specialmente negli ospedali e nelle stazioni di isolamento.

DE CHIARA.

Il trattamento rapido dei foruncoli.

Il foruncolo, come è noto, si forma nell'apparato pilo-sebaceo, come risultato di un'infezione da stafilococchi, i quali distruggono il detto apparato ed i tessuti circostanti, formando

il così detto cencio. Per una cura rapida, A. L. Soresi (*Presse méd.*, 24 marzo 1919) consiglia di uccidere gli stafilococchi *in loco*, con acido fenico puro.

A tale scopo si usa una siringa, con stantuffo che scorre dolcemente (le migliori sono il tipo Luer) ed un ago sottile: con la siringa bene asciutta, si aspirano alcune gacce di acido fenico puro, e si prende in mano la siringa, con l'ago rivolto in basso; da questo deve uscire una gocciolina di acido fenico; se ciò non accade è segno o che l'ago è turato, o che lo stantuffo non scivola liberamente: cercata la causa la si rimuove.

Si appoggia allora l'ago con la gocciolina che ne fuoriesce sulla piccola prominenza rossa, accuminata (che ha spesso come centro un pelo attorno a cui si forma un punto giallo). La gocciolina di acido fenico cade sul centro del foruncolo; si spinge allora l'ago *molto dolcemente* nei tessuti, lasciando che lo stantuffo della siringa discenda per il proprio peso; l'ago scende spontanamente, dolcement sino al fondo dell'apparato pilo-sebaceo; si ritira poi l'ago, e si controlla se alla punto fuoriesce la gocciolina di acido fenico; in caso contrario, l'ago è ostruito da frammenti di tessuto o da sangue.Lo si libera e si ripenetra nel foruncolo, facendo anche dei piccoli movimenti d'escursione dal basso all'alto, per imbevere bene i tessuti.

L'introduzione dell'ago non deve essere forzata, perchè nell'apparato pilo-sebaceo si è formato come un buco; se si incontra resistenza, ciò significa che non si è penetrati al centro e bisogna ricominciare. L'introduzione non provoca dolore, poichè l'acido fenico agisce da anestetico, ed il dolore, che era vivissimo prima, scompare subito.

Si copre la parte con un po' di garza, è necessario in seguito il riposo assoluto della parte per due giorni almeno, dopo i quali la guarigione è spesso completa.

L'azione dell'acido fenico deve essere ben compresa, ne deve limitarsi all'applicazione sulla cute od in un buco, lasciato dalla distruzione dei tessuti superficiali, chè altrimenti si porterebbe un danno, anzichè un vantaggio; così pure bisogna guardarsi bene dall'iniettare l'acido fenico, quando i foruncoli sono molto avanzati. L'A. insiste sulla necessità di una squisita leggerezza di mano, e raccomanda inoltre di avere sempre a portata di mano dell'alcool, per evitare le ustioni cutanee, lavando immediatamente con esso la parte su cui cadesse eventualmnte una goccia di acido fenico.

r. s.

SEMEIOTICA.

Un nuovo segno per la diagnosi di corpo estraneo nella trachea e bronchi.

La diagnosi di corpo estraneo nella trachea e nei bronchi è talvolta assai malagevole, nè la radioscopia offre sempre un aiuto, in quanto che trattasi talvolta di corpi che, non essendo opachi per i raggi X non vengono rivelati. C. Jackson (*American Journal of the medical sciences,* novembre 1918) ha trovato che in tali casi l'ascoltazione orale fa percepire un sibilo asmatoide, che pur essendo molto simile a quello che si ascolta nell'accesso asmatico, se ne differenzia perchè è più secco e non accompagnato da rantoli. Esso è prodotto dall'aria, che passa a traverso il bronco di sezione diminuita e sopra le superficî scabre del corpo estraneo, anzichè su quelle liscie della mucosa.

Per sentirlo bene è necessario in certi casi applicare l'orecchio molto vicino alla bocca del malato, altre volte invece è percettibile anche a distanza. Si ascolta meglio nell'espirazione forzata, e talvolta dopo che il paziente ha espettorato; per il fatto stesso che lo si ascolta davanti alla bocca aperta del paziente, si comprende che non si possa mediante esso arrivare alla localizzazione del corpo estraneo.

Il segno ha valore soltanto in caso che il corpo estraneo sia penetrato da recente, poichè può ascoltarsi lo stesso sibilo asmatoide in bronchiti croniche, tubercolosi ed altre malattie polmonari con secrezioni abbondanti.

La sua mancanza non deve fare escludere la diagnosi di corpo estraneo, poichè può accadere (e l'A. ne ha osservato un caso) che il corpo estraneo occluda esattamente il bronco, escludendolo così dalla respirazione.

ini.

Nuovo metodo per stabilire la presenza di calcoli nell'uretere.

Secondo H. L. Kretschmer, *Surg. Gynéc. and Obstetri.*, novembre 1918, uno dei problemi, che più imbarazzano gli urologi e i radiografi, è dato dalla interpretazione delle ombre endopelviche. Ombre di origine extraureterale sono non raramente confuse con quelle date da calcoli ureterali, e viceversa.

Con l'uso di cateteri ureterali, opachi ai raggi Roentgen, si può in genere differenziare una ombra data da corpi extraureterali (che viene a trovarsi a una certa distanza dal catetere) da quella fornita da calcoli ureterali (che sta a contatto, o quasi, col catetere).

In qualche caso tuttavia è accaduto che l'ope-

razione non rivelasse la presenza di calcoli ureterali, quantunque l'ombra radiografica fosse in immediata vicinanza del catetere opaco. Per ovviare a questa possibile causa di errore, l'A. ha voluto applicare ai calcoli ureterali il procedimento già in uso, per localizzare corpi estranei in altre parti del corpo.

Egli procede così: cateterizzazione ureterale con catetere opaco, e radiografia; senza cambiare la posizione del paziente o della lastra, ma solo quella del tubo, viene fatta una seconda radiografia sulla stessa lastra, che è così impressionata due volte. Se in ambedue le posizioni, l'ombra è in immediata vicinanza del catetere, si tratta di calcolo ureterale.

In due casi, il metodo fu applicato con risultati dimostrativi.

CHIASSERINI.

La linea bianca di Sergent nell'insufficienza surrenale.

In molti infermi di malattie acute, accompagnantesi con ipotensione arteriosa e con astenia profonda, Sergent ha messo in evidenza la possibilità di produrre, strisciando la pelle con un corpo ottuso o col polpastrelo del dito, una striscia bianca, che starebbe ad indicare uno spasmo capillare dipendente da insufficienza surrenale e collegato colla bassa pressione arteriosa.

Controprova dell'esattezza dell'ipotesi sopra enunciata di uno stato tossinfettivo delle surrenali, con insufficienza, sarebbe la scomparsa della striscia bianca insieme coll'innalzamento della pressione arteriosa in seguito a somministrazione di adrenalina. Il sintoma di Sergent acquisterebbe così valore diagnostico e curativo.

Ciò nega il Massalongo (*Rif. Medica*, ag. 1918), il quale su 400 infermi delle più svariate forme morbose, croniche ed acute, e sopratutto infettive, solo 30 volte riscontrò la stria di Sergent, e di queste 22 volte in ammalati di tifo. Tutti i soggetti nei quali si rinvenne il sintoma di Sergent morirono, ed in tutti furono trovate lesioni surrenali: ma in molti altri la grave ipotensione arteriosa si riscontrava malgrado la mancanza della linea bianca. Onde il Massalongo conclude, che la linea bianca di Sergent non ha altro valore clinico che quello prognostico, sta ad indicare una lesione surrenale, ma può anche mancare quando pure esista la stria.

È notevole infine l'affermazione dell'A. che non ebbe a riconoscere alcuna influenza sul fenomeno in parola da parte dell'adrenalina, somministrata ai pazienti.

G. SABATINI.

Sulla diagnosi di gravidanza.

A. L. Hermosa (*Gaceta Medica de Mexico*, rif. in *Journ. Amer. Medic. Assoc.*, 1918, I, p. 423) raccoglie i sintomi ben noti di gravidanza e ve ne aggiunge alcuni altri nuovi o mal noti.

Lo ptialismo è il più precoce: può manifestarsi subito dopo la fecondazione; ma esso è relativamente raro.

La tendenza anormale alla sonnolenza può essere uno dei primi sintomi; così pure qualche vertigine e perfino qualche sincope.

Può esservi prurito o dolore ai seni e qualche volta si determmina ingrossamento delle glandole ascellari.

L'amenorrea è costante nella gravidanza normale. Le emorragie patologiche, da inserzione viziosa dell'uovo o da altre cause, spiegano i casi di apparente persistenza della mestruazione.

La percussione giova quando si ha il sospetto di una ciste ovarica o di un tumore della milza o del fegato o quando v'è una flogosi gassogena o meteorismo che possono simulare, più o meno, un utero gestante.

Tra i reperti addominali che possono far credere erroneamente alla gravidanza, l'A. menziona una pretesa gravidanza a termine, che all'intervento operativo si dimostrò essere un enorme fibroma sottoperitoneale, la cui superficie irregolare simulava tutte le parti fetali.

L'A. vanta molto una risorsa semplicissima per escludere i processi flogistici acuti o subacuti dell'addome: egli se n'è giovato molto nella sua pratica e vi ripone molta fiducia.

Se la donna può sollevare bruscamente il capo dai guanciali e tendere e piegare le braccia senza difficoltà, deve escludersi un processo del genere, il quale le impedirebbe di compiere siffatte manovre senza trasalire ed arrestarsi per il dolore.

Il lavoro contiene molti altri dati, che però sono di dominio comune.

R. B.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'anatomia delle arterie coronarie.

F. M. Smith (*American Journal of the medical sciences*, nov. 1918) col metodo delle iniezioni ha studiato la distribuzione delle coronarie nel cuore del cane ed in quello dell'uomo. Tale distribuzione è praticamente la stessa; gli studi sperimentali fatti sul cane, presentano quindi una certa analogia con le condizioni che si possono trovare nell'uomo.

Vi è un'anastomosi fra i rami della coronaria destra e della sinistra, formata in gran parte di vasi di calibro piccolo, ma molto numerosi ed abbastanza larghi per poter funzionare

In alcuni cuori umani in cui vi era nettamente sclerosi dell'aorta e delle coronarie si osservava che il numero delle piccole diramazioni era notevolmente diminuito; la presenza o meno di anastomosi può in caso di trombosi permettere o non il circolo collaterale; la stessa lesione sarà quindi compatibile con la vita in un caso e mortale nell'altro.

FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1067) *Terapia specifica dell'infezione da m. melitensis.* — Al dott. A. A. da Farnese:

Prescindiamo dai comuni ausili di terapia sintomatica, che a proposito della melitense, sono riportati in ogni trattato. Mezzi specifici, sotto forma di sieri e di vaccini, in questi ultimi anni sono stati adoperati con varia fortuna in Italia. Un siero antitossico è stato preparato dal Trambusti, e il suo uso ha dato nelle mani di varii sperimentatori buoni risultati, sebbene incostanti.

Il Di Cristina, di Palermo, ha proposto un vaccino, sensibilizzato con tecnica particolare che si può trovare descritta nel giornale « Pediatria » del 1918. Numerosi autori concordemente si lodano dell'impiego del vaccino del Di Cristina. Non abbiamo esperienza sufficiente in argomento, essendo l'infezione melitense rara e il rimedio, proposto dal Di Cristina, recente; nelle comunicazioni finora comparse nella letteratura medica ad ogni modo esistono elementi sufficienti per potere affermare che esso è innocuo se si eccettui qualche effetto immediato e transitorio (elevazione della temperatura, malessere, ecc.), comune a tutti i vaccini; i documenti pubblicati giustificano un tentativo terapeutico in tal senso.

Su gli altri vaccini, anche su quelli preparati col metodo di Wright (autovaccini), pesa ormai un senso di vera sfiducia.

t. p.

(1068) All'abbonato 1587:

Compendi di chirurgia: Faure Alglave, ecc. Précis de Pathologie externe, 4 volumi. J. Baillière. Parigi. Prezzo L. 40.

Malattie del lavoro ed infortuni. Allevi: Malattie dei lavoratori (Hoepli Milano). Loriga: Igiene industriale (Fr. Vallardi di Milano). Pieraccini: Patologia del lavoro (Soc. ed. Libraria, Milano). E. Fourge: Guide pratique du médecin dans les accidents du travail (Masson e C.ie. Parigi). E. Golebiewski: Patologia, terapia e medicina legale degli infortunî e malattie consecutive, con molte figure e tavole colorate (Società ed. libraria Milano). Borri: Gli infortuni del lavoro sotto il rispetto medico-legale (Ibidem). Carozzi: Il lavoro (2 vol.). (Barbèra ed., Firenze).

fil.

(1069) Al dottor A. D. L., da T.:

È consigliabile l'Atlante di Mraçek-Jesinek con la traduzione italiana del testo (Soc. ed. Libraria).

V. M.

(1070) All'abb. n. 8773:

Veda la risposta data lo scorso anno nel fascicolo 3, pag. 73, n. 903.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenutiin dono alla Redazione).

DELHEUN e ROUSSET. *Le reperage des Projectiles.* — La collaboration Radio Chirurgicale avec 134 Figures. Maloine et Fils editeurs. Paris, Fr. 8.

La pace non deve farci considerare come ormai tramontato il problema della ricerca dei proiettili: la guerra continuerà da questo punto di vista ancora dolorosamente a pesare per molti anni. Una pubblicazione quindi che riunisse in piccola mole tutto quello che è stato scritto sul problema della ricerca dei proiettili nel corpo umano, può quindi considerarsi di attualità. I radiologi troveranno in questo lavoro non solo una rivista d'insieme sulle questioni della ricerca dei corpi estranei ma anche dati sufficienti sui principali metodi.

Potranno così scegliere il metodo che parrà loro migliore o ancora perfezionare la loro tecnica prendendo piccoli dettagli che renderanno le loro ricerche più esatte e più facili. Ma la localizzazione centimetrica non rappresenta che un lato della questione della ricerca. Essa deve essere completata dalla localizzazione anatomica che traduce in linguaggio pratico per il chirurgo, i risultati di un esame radiologico.

Questa parte è sviluppata ampiamente ed in modo originale, quindi il manuale rappresenta una preziosa guida anche per i chirurgi.

È strano però come accanto ad una ricca citazione di metodi, di cui alcuni di scarso valore pratico, sia trascurata completamente la cooperazione delle scuole italiane al problema; non è neppure accennato il metodo classico del Ghilarducci, di cui si è occupato a lungo il nostro giornale in varie occasioni.

ALESSANDRINI.

W. ARBUTHNOT LANE. *The operative treatment of chronic intestinal stasis.* — IV ediz. Un vol. in 8° con 133 fig. rilegato. H. Frowde, Hodder e Staughton editori. Oxford University Press. Londra.

Di tutte le condizioni fisiche derivanti dall'evoluzione della razza umana, nessuna ha tanta importanza fondamentale per l'organismo, quanto la stasi intestinale cronica. Questo libro del noto autore delle moderne teorie su tale malattia, ne discute ampiamente l'eziologia, la patologia, i sintomi ed il trattamento. Oltre al Lane, altri autori portano contributi su questo argomento, di cui rivelano gli svariati aspetti, e che viene studiato sotto diversi punti di vista: vi sono così monografie sulla intossicazione e subinfezione, sul quadro ematologico, sulle conseguenze oculari, ginecologiche e generali (infezioni, piorree, artrite déformante) della multiforme malattia, che acquista un posto notevole nella patologia umana.

fil.

J. DOLÉRIS e J. BOUSCATEL, *Néo-Malthusianisme - Maternité et Féminisme - Education sexuelle.* — 1 vol. in 16° di pag. 264. Parigi, Masson & C. editori, 1919. Prezzo fr. 4.50.

Il dott. Doléris affronta lo studio della riproduzione umana sotto il triplice aspetto biologico, filosofico e sociale. Il suo lavoro è forse il primo che rispecchi e sintetizzi questi tre lati della questione.

Molta parte del libro concerne il neo-malthusianismo, di cui l'A. illustra le conguenze nefaste sulla vigoria della razza e nel favorire lo spopolamento.

Un vasto capitolo dimostra l'utilità dell'insegnamento sessuale bene inteso e ne stabilisce le modalità.

L'ultima parte del lavoro è consacrata al compito sociale delle donne, le quali durante la guerra si sono dovute adattare a tutte le occupazioni; da questo progresso troppo brusco del femminismo sono nati non pochi pericoli, che l'A. ci fa conoscere e di cui ci indica il rimedio nell'educazione fisica.

Il Doléris è stato efficacemente coadiuvato, per la parte letteraria, dallo scrittore J. Bouscatel.

Non è confortante rilevare il concetto che gli AA. dimostrano degli italiani.

Di nostri studiosi è citato il solo Lombroso e con un certo compatimento: subito dopo gli AA. hanno cura di riferirsi a tre scienziati « di un'altra levatura », e si consolano nel notare che si tratta di due francesi e di un inglese... Di nostre donne eroine, letterate, artiste, studiose, troviamo menzionata solo Maria Agnesi, matematica.

È doloroso constatare come i nostri fratelli francesi ci conoscono poco.

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

DE FRANCISCO GIACOMO: Sull'artrotomia del ginocchio nell'artrosinovite purulenta consecutiva a ferite. — Napoli, 1918.

RÜHL CARLO: I traumi di guerra nell'eziologia di malattie cutanee. — Milano, 1919.

SCLAVO A. e PAVONE A.: Esperimento di propaganda igienica nelle scuole della Toscana. — Roma, 1918.

BOSCHETTI FEDERICO: Sterilizzazione dei microbi e prodotti — uranio-radiogeni — Italia. — Modena, 1919.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Le proposte dei medici di Roma per il miglioramento della classe.

Il Consiglio dell'ordine dei medici di Roma ha presentato alla discussione degli iscritti, in conformità del mandato ricevuto dall'assemblea, una relazione (elaborata dal segretario dott. Ugo Mariotti) sul programma da svolgere per migliorare le condizioni materiali e morali dei medici.

Mentre ci riserviamo di far conoscere il nostro pensiero sul contenuto della relazione, ci limitiamo per ora a darne un riassunto augurandoci che azioni parallele siano svolte dagli Ordini dei medici delle altre Provincie, non solo perchè i risultati possano essere contemporanei ed uniformi in tutta Italia, ma anche perchè maggiore forza ed efficacia possa avere l'opera intrapresa.

Il programma del Consiglio dell'Ordine di Roma si compone delle seguenti parti:

1. Assistenza medica e valutazione dei suoi onorari;
2. Rapporti dell'esercizio professionale con le Società di M. S. e con altre collettività;
3. Medici Ospedalieri — Opere Pie — Croce Rossa — Cliniche ed Istituti d'insegnamento;
4. Periti e Società di Assicurazioni;
5. Prestazioni nell'interesse della Giustizia e di Provvidenze Sociali;
6. Condotte mediche — Ufficiali Sanitari;
7. Parificazione delle Lauree e reciprocità di esercizio;
8. Mezzi di azione.

Valutazione degli onorari.

Innanzi tutto furono esaminati i criteri di valutazione degli onorari, che senza dubbio devono essere modificati.

È infatti poco confacente alla dignità del medico e molto utile all'apprezzamento della sua opera scientifica, la fissazione dell'onorario sulla base esclusiva delle visite, numericamente considerate.

Conviene valutare le prestazioni sanitarie con criterio globale, tenendo cioè presenti non il numero delle visite, ma la gravità, la contagiosità, la durata della malattia, le difficoltà diagnostiche e curative, le condizioni economiche del cliente e la posizione scientifico-professionale del curante, « fermo restando che la somma globale non dovrà mai essere inferiore al totale delle visite effettuate sulla base dell'onorario minimo di lire 5 ciascuna ».

Il criterio globale s'impone a giudizio del Consiglio per molte considerazioni, desunte, per esempio, dalle non infrequenti eventualità di assistenza ad un malato contagioso, dai casi di non comune e difficile diagnosi, chiarita attraverso studi e lunghe preoccupazioni, da un metodo curativo, frutto di critica sapiente e di veglie trepidanti, circostanze tutte che mentre depongono per l'abnegazione, la coscienziosità ed il valore del sanitario, gli danno diritto ad un più giusto trattamento. Sarebbe infatti assurdo, in tali contingenze, dare all'opera prestata una valutazione del tutto dozzinale e materiale, come quella risultante dal numero delle visite, come sarebbe ingiustificabile trascurare, nella misura degli onorari, l'agiatezza del cliente e la posizione scientifica del curante.

Rapporti con le collettività.

Riforma non meno importante, nei riguardi economici e morali della classe, è quella che concerne l'attività professionale, nei suoi rapporti con le Società di mutuo soccorso.

Questo sicuro cespite di guadagno ha posto fino ad ora il medico sociale nella condizione di subire le condizioni imposte dalla Società, per non vedersi sostituito, anche a patti peggiori, da immancabili concorrenti il giorno in cui egli si fosse deciso ad esigere un onorario meno sconveniente. Ciò non può, non deve essere più oltre consentito, ed il Consiglio crede perciò necessario che i medici cessino, per il loro stesso decoro e per giusto sentimento di collegialità, dal monopolizzare le Società di M. S. esigendo, per altro, una rimunerazione più equa e più morale.

Verrebbe, per tal modo, a stabilirsi automaticamente una giusta compensaziose, che aprirà anche ad altri colleghi una fonte di guadagno, di cui attualmente soltanto pochi profittano.

Il Consiglio dell'Ordine, in base a queste brevi e sintetiche considerazioni, ed in omaggio al voto dell'assemblea generale, propone che il compenso minimo da corrispondersi ad ogni medico sociale non debba essere inferiore a lire 5 annuali per ogni individuo avente diritto all'assistenza. E, d'altra parte, riconosce doveroso e corretto che ciascun medico non possa assumere incarico di cura per un numero superiore a 1500 soci di una o più società. Si fa pertanto obbligo a tutti gl'inscritti nell'albo di attenersi allo esposto deliberato, con riserva di provvedimenti disciplinari ai trasgressori ed a coloro, che eventualmente si prestassero ad assumere i posti lasciati dai colleghi per rispetto alla predetta deliberazione.

I rapporti dei medici con le società di M. S. hanno richiamato l'attenzione del Consiglio an-

che sull'argomento non meno importante, che si riferisce al cumulo degli incarichi. L'interesse di classe non può che preoccuparsi di questo fatto, che non solo paralizza il suo miglioramento economico, ma genera il discredito dell'esercizio professionale, i cui doveri fondamentali e imprescindibili non possono conciliarsi con la moltiplicità e diversità delle occupazioni.

Medici ospitalieri.

Per tale ufficio, si è riaffermata unanimemente la necessità dei concorsi per titoli e per esami, salvo il caso in cui il servizio ospedaliero spetti al medico condotto, in forza del capitolato.

Nel convincimento che questo fattore di selezione morale e intellettuale non possa essere disgiunto da quello economico, in conseguenza specialmente delle mutate condizioni di vita, è sembrato indispensabile richiedere che gli stipendi siano tutti elevati in ragione inversa dell'ufficio cui è adibito il medico ospitaliero. Questo provvedimento trova la sua ragione nel concetto di conservare agli ospedali il carattere di luogo di studio, dove il giovane volenteroso possa, senza preoccupazioni finanziarie, prepararsi all'esercizio pratico della medicina.

Si è ritenuto inoltre rispondente ad equità che i medici ospitalieri, nei riguardi della pensione, siano equiparati al trattamento proposto per i medici condotti, elevando cioè il contributo delle rispettive amministrazioni.

Fu pure riconosciuto incompatibile con le moderne vedute sociali sottrarre al beneficio dell'assicurazione medici che, per effetto del loro speciale esercizio, sono esposti continuamente a pericoli, onde la necessità di promuovere solleciti provvedimenti in proposito.

Unitamente alla questione ospedaliera, il Consiglio dell'Ordine si è occupato anche delle Opere Pie, di quelle specialmente che, ricevendo contributi finanziari dalla Pubblica Beneficenza, sfuggono al controllo, con danno della classe medica e dello scopo per cui esse furono istituite.

Si studieranno provvedimenti perchè l'importante argomento venga risoluto con uniformità di criteri, promovendo, se sarà il caso, dagli Enti interessati, la sospensione di qualsiasi precedente impegno di oblazione.

Croce Rossa Italiana.

La Croce Rossa Italiana, esaurito, con la fine della guerra il suo compito e la sua missione, si volge ora con ampio programma alle opere di pace, le quali comprendono una ricca serie di provvidenze igienico-sanitarie e sociali. A questo movimento di organizzazione, non deve rimanere estranea la classe medica, che pur tanto ha dato all'azione di quella grande associazione. Pare quindi giusta la domanda del nostro Consiglio, che del Comitato Centrale di essa faccia parte *il rappresentante degli Ordini al Consiglio Superiore della Sanità*. Conformemente a tale richiesta, e per una più efficace affermazione degli Ordini stessi, si deve proporre che una loro rappresentanza entri anche nei Comitati regionali, destinati a risolvere i problemi del domani, e a preparare un ambiente più sano di vita e di lavoro, insieme a una difesa più sicura contro le malattie.

Istituti d'insegnamento.

Un altro problema posto in discussione dal Consiglio dell'ordine come addentellato alla questione dei medici ospitalieri, è stato quello riferentesi ai posti di assistente e di aiuto delle cliniche o di altri istituti d'insegnamento. Il sistema fino ad ora seguito, non è parso il più confacente a garantire il carattere e l'indipenza dei giovani medici e a giudicare esattamente del loro valore professionale. Si è perciò espresso il voto che la scelta debba farsi soltanto per titoli e per esami e che anche le condizioni economiche di questa categoria di medici siano equamente modificate.

A proposito delle cliniche, si fa rilevare alla classe com'esse, aperte gratuitamente al pubblico anche per visite ambulatorie e per analisi diagnostiche, portino una grave limitazione all'esercizio libero professionale e perciò un rilevante danno economico alla classe.

Società di assicurazioni.

Nell'attesa di conoscere le conclusioni che sulla grave e complessa questione emetterà la Commissione nominata a tal riguardo in seno al nostro Consiglio, questo intanto non mancherà di studiare ogni miglior mezzo per assicurare al perito e all'arbitro il dovuto compenso, indipendentemente da qualsiasi eventuale controversia.

Tariffe giudiziarie.

Le tariffe giudiziarie che vigono ancora immutate fin dal 1865, e che si trovano nuovamente applicate nei recenti provvedimenti legislativi riguardanti gl'infortuni agricoli, che centuplicano l'opera e la responsabilità del medico, sono indecorose.

Questo diritto d'imperio, che lo Stato esercita sulla classe sanitaria, senza adeguato corrispettivo, vincolandola, per giunta, alle sue disposizioni con sanzioni penali, richiede che nuove e più energiche pratiche siano fatte presso gli organi competenti, affinchè si addivenga ad una

revisione delle tassazioni appoggiandosi specialmente alle mutate condizioni dei tempi e alle indiscutibili ragioni di equità.

Va inoltre notato che le prestazioni mediche fatte nell'interesse della Giustizia, se investono sempre una grave responsabilità da parte del sanitario, lo espongono non infrequentemente a pericoli per i quali può soccombere o rimanere comunque debilitato. La legge non ha finora contemplati questi casi, onde il Consiglio metterà tutta la sua opera perchè sia riconosciuto il diritto a pensione alla famiglia del medico, morto per effetto di prestazione eseguita nell'interesse della Giustizia, e ad una congrua indennità nei casi di debilitazione.

Medici condotti.

La riforma della condotta s'impone, specialmente in una delle sue condizioni fondamentali. Occorre che i Comuni ritornino all'osservanza dello spirito informatore della legge, che stabilì l'istituzione obbligatoria della condotta a tutto vantaggio dei poveri e con la sottintesa esclusione degli abbienti dalla assistenza gratuita.

L'inosservanza di tale disposizione ha costituito, fino ad ora, un danno rilevante per le amministrazioni e per i medici. Ond'è che il Consiglio unirà la sua azione a quella di altre associazioni, per sostenere e far trionfare il concetto della Condotta residenziale, secondo i voti più volte e solennemente espressi.

A questa fondamentale riforma devono, secondo quanto è stato deliberato dall'ordine, seguire provvedimenti, per i quali possa uscire migliorata la triste condizione economica e morale di questa classe, immeritamente negletta, elevandone gli stipendi in misura proporzionale all'aumentato costo della vita, e propugnando l'obbligo, per i Comuni, dell'assegnazione dei sessenni, come fa lo Stato per i suoi funzionari. In relazione a queste assolute necessità, urge rinnovare l'attuale irrisorio Istituto delle pensioni, modificandone il contributo con la corrisposta di un terzo da parte del medico e di due terzi a carico dell'Ente dal quale egli dipende, anzichè a parti eguali, come avviene attualmente. Le proposte di tali riforme, verranno comunicate ai sindaci con apposite circolari.

Altri problemi riguardanti i medici condotti il Consiglio dell' Ordine ha sottoposto ad esame, quali la loro assicurazione, per parte dei Comuni, contro le malattie e gl'infortuni professionali; l'istituzione di ambulatori; un'equa revisione di quanto si riferisce alle condotte di campagna; la necessità di compensi per tutto ciò che non rientra nello stretto servizio di condotta; una migliore interpretazione degli articoli 39 e seg. del Regolamento Generale Sanitario concernenti i provvedimenti disciplinari, il cui giudizio dovrebbe affidarsi ad un Ente unico, del quale facesse parte un rappresentante dell'Ordine.

A rialzare le condizioni morali dei medici condotti e a mettere in evidenza il loro valore scientifico, il Consiglio dell'Ordine propone inoltre di unire tutte le forze Sanitarie associate, perchè le condotte mediche passino alla dipendenza delle provincie, unico mezzo per aprire ai medici stessi una vera carriera accessibile attraverso titoli e concorsi.

Per la carica di Ufficiale sanitario, unita generalmente a quella di medico condotto, il Comune deve garantirsi della sua cultura scientifica, richiedendo nel detto funzionario una preparazione più solida di quella che egli oggi non abbia, per l'esercizio del suo ufficio, ed esigendo perciò il titolo specifico di medico igienista quale requisito di concorso.

In conformità di questa rigorosa selezione si propone intanto che il compenso all'ufficiale sanitario venga elevato, giusta il disposto dell'art. 2 del T. U. Legge Sanitaria; che venga riconosciuto l'obbligo dell'indennità di trasferta e soggiorno, per le ispezioni fuori residenza (art. 86 Legge Sanitaria 1906); che sia approvata la concessione di congedi ordinari (art. 82 Reg. Sanit. 1908); che anche l'ufficiale sanitario abbia diritto alla stabilità, dopo un biennio di servizio, salvo il disposto dell'art. 18, comma 2 T. U. Legge Sanitaria.

Parificazione delle lauree.

Sarà una vera affermazione d'italianità, dopo i recenti trionfi militari che hanno innalzato la nostra Patria al posto di grande Potenza, di esigere, per iniziativa del Consiglio dell'Ordine, che i nostri medici abbiano ovunque all'estero il medesimo trattamento di cui godono in Italia i medici stranieri.

È tempo che l'esercizio medico in Italia sia concesso con la clausola della reciprocità, condizione che noi invocheremo dallo Stato nell'interesse e per il rispetto della classe.

Mezzi di azione.

Nell'ultima assemblea generale fu approvato un ordine del giorno col quale venne lumeggiata la necessità di una lotta di classe nel fine di ottenere riforme e rivendicazioni lungamente ed invano aspettate. L'esposizione del programma d'azione che il Consiglio dell'Ordine ha presentato, dimostra le linee più salienti che esso se-

guirà per realizzare le aspirazioni della classe medica, lontano da qualsasi eccesso ma senza debolezze.

Nei mezzi di lotta quali la diffida, il boicottaggio, che si rendessero eventualmente necessari, si dovranno sempre conciliare gl'interessi della salute pubblica e del malato con quelli della classe.

Cronaca del movimento professionale.

La smobilitazione degli ufficiali medici.

Alla data dell'armistizio il numero degli ufficiali ed aspiranti medici sotto le armi ascendeva a 13,575. Di questi, 7,910 prestavano servizio in zona di guerra e oltre mare, 5,665 in zona territoriale.

Da allora ad oggi ne sono stati congedati e inviati in esonero 6771; ne restano attualmente sotto le armi 6804 dei quali 3758 in zona e oltre mare e 3046 in zona territoriale. In questa ultima cifra sono compresi 1068 ufficiali medici di tutte le classi dal 1852 al 1880 che sono stati trattenuti in servizio a loro domanda.

Il metodo seguito nella smobilitazione degli ufficiali medici è stato quello del congedamento per classi: undici classi (dal 1870 al 1880) sono già state congedate. Inoltre mediante esonerazioni largamente concesse sono stati restituiti alle pubbliche amministrazioni per esigenze del servizio sanitario e dell'insegnamento universitario 1370 ufficiali medici appartenenti a classi posteriori al 1880.

Malgrado le particolari difficoltà che si verificano nella smobilitazione degli ufficiali medici — specialmente perchè non è possibile stabilire un parallelismo tra questi e gli ufficiali delle altre armi e corpi, dato che gli ufficiali medici più giovani appartengono alla classe 1893, mentre nelle altre armi ve ne sono anche della classe 1900 — si ritiene con fondata presunzione di poter presto procedere al congedamento di altre quattro classi (1881-1884).

Associazione Nazionale fra gli Assistenti delle RR. Università e dei RR. Istituti Superiori.

Il II Congresso dell'Associazione (VII Congresso degli Assistenti Universitari italiani) sarà tenuto in Firenze, nei giorni 23 e 24 aprile corr. Svolgerà il seguente ordine del giorno:

1. Verifica delle Delegazioni; 2. Relazione morale del Consiglio Direttivo; 3. Relazione finanziaria; 4. Condizioni e trattamento degli Assistenti che hanno prestato servizio militare; 5. Riforma dell'Assistentato Universitario; 6. Organizzazione Nazionale degli Assistenti, ed eventuali modifiche allo Statuto Sociale; 7. Elezione del Consiglio Direttivo Nazionale; 8. Proposte varie ed eventuali.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7708) *Differenza fra stipendio militare e civile.* — Dott. C. T. da M. Nel calcolo della differenza fra lo stipendio militare e civile non si può tener conto dell'assegno di ufficiale sanitario, del compenso per l'opera che si presta al carcere mandamentale e della indennità per la cavalcatura. Tutti questi assegni, se costituiscono una attività pel medico condotto, non rappresentano stipendio nè sono cumulabili con esso.

(7709) *Indennità caro-viveri.* — Dott. R. C. da M. La dizione del capoverso ultimo dell'art. 1° del D. L. del 14 settembre 1918, n. 1314, relativo alla indennità caro-viveri è troppo chiara per potersi dubitare della sua portata ed entità. Le persone di famiglia che possono influire a fare accordare la indennità di lire 100 all'impiegato debbono essere *conviventi ed a carico.*

Di tal che se esse sono a carico ma non conviventi, l'impiegato prenderà la indennità da celibe, fissata in lire 65 mensili.

(7710) *Dimissioni del medico condotto.* — Dottore abbonato 1743. Le dimissioni date nel 1916 e regolarmente accettate dal Consiglio comunale non furono mai ritirate nè revocate. Esse, dunque, possono anche ora sortire il loro completo effetto giuridico. Il prosieguo del servizio fatto finora non ha potuto inficiare l'atto consiliare con cui le dimissioni stesse erano accettate in quanto che la sua dichiarazione, fatta per alto ed encomiabile spirito di filantropia e di patriottismo, fu motivata dalla necessità del momento per non lasciare il Comune presso cui avea per lunga serie di anni prestata l'opera sua, privo di assistenza sanitaria, assai difficile a sostituirsi per la mancanza di medici. Ella, quindi, faccia a mezzo di usciere notificare un atto al Comune, con cui, riportandosi alla deliberazione di accettazione delle dimissioni del 1916, dichiari di essere disposto a lasciare il servizio, senz'altro preavviso per la fine di aprile sotto pena, in caso di opposizione, del rifacimento di eventuali danni.

(7711) *Pensioni.* — Dott. P. L. da M. Per poter liquidare la pensione dalla Cassa di previdenza, cui si è inscritto sol dal 1917, deve prestare altri 21 anno e sei mesi di servizio. Per poterle dire la pensione cui potrebbe avere diritto occorre ci faccia conoscere l'età che avrà all'atto del collocamento a riposo.

(7712) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. B. da R. L'indennità caro-viveri stabilita dal D. L.

del 9 marzo p. p. ha la decorrenza dal 1° gennaio 1919 e non dal 1° ottobre 1918. Qualora Ella si dimettesse dal posto di medico condotto prima che il Comune deliberi la indennità suddetta, non v'ha dubbio che manterrebbe il diritto di ottenerla per il periodo dal 1° gennaio 1919 al giorno in cui cesserà dalla prestazione professionale.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

TRIESTE. *Municipio.* — A tutto aprile a. c. è aperto il concorso a un posto di medico primario internista e uno di medico primario chirurgo presso l'Ospedale Civico.

A tali posti va congiunto, giusta l'organico attuale, l'annuo onorario di corone 3500, con un aumento di corone 500 dopo 10 anni di lodevole servizio. Oltre ciò viene pure corrisposto provvisoriamente un'aggiunta di guerra variabile a seconda dello stato di famiglia del rispettivo titolare dal 77 % al 192 %.

In seguito al cambiamento della valuta si procederà in breve alla regolazione dello stipendio.

Per il pensionamento dei primari valgono le norme vigenti per gli altri funzionari del Comune.

Le istanze di concorso dovranno essere prodotte all'Ufficio di presentazione del Municipio e saranno corredate dai seguenti documenti:

a) diploma di laurea in medicina;

b) certificato comprovante l'età del petente. Qualora il petente non appartenesse al corpo degli impiegati comunali o dello Stato ed avesse sorpassato l'età di 40 anni, il Consiglio comunale potrà accordargli la venia d'età che dovrà essere chiesta espressamente nell'istanza di concorso;

c) dei certificati comprovanti servizi eventualmente già prestati in pubblici ospedali o presso importanti stabilimenti di cura;

d) di eventuali pubblicazioni scientifiche.

Nelle istanze dovrà pure essere accennato all'eventuale consanguineità od affinità esistente con altri funzionari del Comune.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Il dott. Giuliano Vanghetti è stato promosso al grado di ispettore medico di 2ª classe della Croce Rossa Italiana.

Il presidente generale della Croce Rossa Italiana gli ha conferito inoltre, *motu proprio*, la medaglia d'oro di benemerenza, con la motivazione che qui riportiamo: « Inventore di un metodo che da lui prende nome, ormai ovunque acquisito alla pratica chirurgica, seppe nei mutilati utilizzare i monconi per ridare movimento alle membra artificiali, sollevando dall'inazione corpo e spirito. Beneficando l'umanità rese onore all'Italia ».

La sottoscrizione promossa dalla Presidenza della Federazione per un *fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie* (a disposizione del futuro Congresso Federale perchè ne stabilisca la erogazione e a termini della Circolare n. 6, prot. n. 451, 18 agosto 1915), a tutto il 28 febbraio 1919, col trentaquattresimo elenco delle offerte, ha raggiunto il totale generale di lire 167,944.05.

COLTURA SUPERIORE.

Per il riordinamento degli studi medici in Inghilterra,

Premettiamo alcune notizie sullo stato attuale dell'insegnamento della medicina in Inghilterra.

Come tutto l'esercizio professionale, anche lo insegnamento della medicina è retto dal « Consiglio Generale Medico » il quale visita a turno le varie Scuole e ne ispeziona l'andamento.

La durata complessiva del corso, per disposizioni di legge, non dovrebbe essere inferiore a 5 anni; ma in alcune scuole è portato a 5 1/2 ed in pratica giunge quasi sempre a 6-7, a causa precipuamente delle numerose ed inevitabili bocciature nelle materie ausiliarie.

Per l'iscrizione è prescritta l'età di 16 anni compiuti e si richiede un diploma di licenza di una scuola secondaria di 2° grado ovvero un esame di ammissione in una Facoltà di medicina od in una Facoltà di scienze ed arti. Questo esame comprende due lingue a scelta (tra cui sono l'italiano, lo spagnuolo, il russo, l'arabo, il persiano, l'ebraico...). Il Consiglio può riconoscere diplomi esteri o d'istituti privati, stabilendo di volta in volta se il richiedente debba sostenere un esame di complemento e in quali materie.

Tutto il corso è ripartito in tre sezioni: una preliminare per le discipline fisico-chimiche e naturali; una intermedia per le discipline ausiliarie, cioè anatomia, fisiologia, chimica organica, talvolta farmacologia, ecc.; una superiore per le patologie, le cliniche, l'igiene, la materia medica, ecc.

Hanno grande prevalenza le esercitazioni pratiche, per lo più trimestrali (ad es. in anatomia patologica) o semetrali (ad es. nelle cliniche medica e chirurgica). Poco sviluppo ha l'insegnamento orale: si fa assegnamento sui libri di testo. La durata di certi corsi è valutata dal numero delle lezioni.

Alcuni insegnamenti si allontanano molto dalla nostra *routine;* per es., non manca mai un corso sulle vaccinazioni, nè uno sull'uso degli anestetici; si hanno anche dei corsi sulle malattie infettive, sulle malattie toraciche, ecc.; l'oto-rinologia è obbligatoria in parecchie università.

Gli esami per lo più si danno a gruppi; così l'anatomia e la fisiologia vanno sempre abbinate.

Superati tutti gli esami, si diviene baccelliere in medicina (Bachelor in Medicine, B. M.). In secondo tempo si possono seguire dei corsi di anatomia applicata, di medicina operatoria, ecc., per divenire baccelliere in chirurgia (Bachelor in *Surgery*, B. Ch.).

Gradi ulteriori sono quelli di dottore in me-

dicina (M. D.) o di maestro in chirurgia (M. Ch.).

Per conseguire il primo titolo occorre presentare una tesi e talvolta sostenere un esame (ad es. alla Facoltà di Londra); per conseguire il secondo occorre essere membri del corpo chirurgico di un ospedale riconosciuto, oppure avere trascorso 6 mesi come chirurgo in un ospedale e sostenere un esame; a Cambridge si richiede anche che siano trascorsi 3 anni di baccelleriato per il M. D. e 2 per il M. Ch.; a Durham il candidato deve avere compiuto almeno 24 anni, aver esercitato la professione e dar prova di conoscere il greco (od il tedesco). Insomma, per questi due titoli si deve dar prova di una certa maturità, così dottrinaria come professionale.

Da ultimo, si può divenire membro (Member, M.) o collega (Fellow, F.) dei due Collegi Reali di medicina e di chirurgia (R. C. P. e R. C. S.); di rado la nomina è onorifica, per lo più ha luogo in seguito ad un esame più ampio dei precedenti (dopo i 40 anni si è esonerati dagli esami in una lingua antica o moderna).

Vengono rilasciati anche titoli speciali: licenze e diplomi di baccelliere e di dottore in igiene, in chirurgia dentaria, di psichiatra, di ostetrico, di oto-rinologo, di sanitario pubblico, ecc. Risulta così disciplinata la specializzazione.

***

In una recentissima pubblicazione riassunta sul *Lancet* (5 aprile 1919), sir George Newman richiama l'attenzione sopra alcuni inconvenienti che derivano dall'attuale ordinamento degli studi medici in Inghilterra quale noi lo abbiamo esposto, e suggerisce alcuni mezzi per ovviarvi.

Anzitutto egli crede che troppo tempo vada perduto nello studio delle discipline preliminari, la cui utilità è incontestabile ma che non vanno sopravalutate.

Esse contribuiscono molto ad allungare artificiosamente la durata degli studi medici, portandoli in pratica più vicino ai 7 che ai 5 anni e ciò a causa delle molte — delle troppe — ripulse agli esami, con grave pregiudizio economico così degli studenti come della società.

Da tempo era stato proposto di confinare questa preparazione preliminare nelle scuole secondarie; ma la proposta non è mai attecchita e forse non è facilmente attuabile perchè, tra l'altro, mancano scuole secondarie adatte, fornite di tutti i mezzi necessari per l'insegnamento pratico, sovratutto nella Scozia e nell'Irlanda.

Senza meno, però si possono semplificare subito i programmi e volgerli ad intenti più pratici.

Anche l'insegnamento delle discipline ausiliarie è oggi troppo esteso e concorre, per buona parte, ad allungare la durata degli studi ed a sottrarre tempo alle discipline superiori, che sono per lo meno altrettanto indispensabili.

Sovratutto in anatomia ed in fisiologia vengono richieste nozioni troppo diffuse e troppo particolareggiate; non solo, ma certi insegnanti mancano del senso della misura e si dilettano in corsi ipertrofici fino all'assurdo, nei quali immettono tutto il loro sapere. Essi costituiscono un incubo per i giovani e spesso una rovina per le scuole che li ospitano.

La media dell'educazione medica non risentirebbe alcuna diminuzione — tutt'altro — se questi corsi venissero contenuti entro limiti più modesti, sfrondandoli del superfluo, semplificandoli e al tempo stesso rendendoli più pratici, pur senza rivolgerli alla patologia, che lo studente dei primi anni non è ancora in grado di apprezzare.

Per ridurre l'inconveniente segnalato per infrenare questi insegnanti fanatici ed impedire che facciano per sè la parte del leone, il Newman propone di istituire delle conferenze tra clinici e insegnanti di materie ausiliarie, « ancillari » della clinica, allo scopo di concretare uno schema organico dei programmi da svolgere per tutte queste materie, fissando dei limiti che non dovranno essere varcati.

Ne verrebbe un vantaggio sensibile nell'economia dell'insegnamento; si eviterebbe di sopraffaticare e disorientare i giovani con un eccesso di dettagli che sono scopo a se stessi e che comportano inutili sforzi mnemonici; infine, si scongiurerebbe il pericolo di deprimere lo spirito di tanti giovani con ripulse non giustificabili agli esami.

Per quanto concerne l'insegnamento medico propriamente detto, l'A. rileva che la clinica è divenuta sempre più estesa e, ad un tempo, più analitica; essa penetra sempre più profondamente nei fatti morbosi, ne moltiplica i quadri, ne precisa i confini e si vale di larghissime risorse terapeutiche. Per questi motivi diviene sempre più arduo l'insegnamento clinico a grandi masse di studenti. Non è più il tempo in cui lo studente possa « correre gli ospedali », secondo una frase consacrata: occorre che vi si fermi.

Per rendere più efficace questo insegnamento, l'A. pensa che converrebbe alleviare il compito dei direttori di clinica, mettendo a profitto la competenza dei primari di ospedale. Già il London Hospital ha cominciato ad assumere, nei posti che si vanno rendendo vacanti, primari direttori opportunamente scelti, e li circonda di assistenti e li provvede di laboratori, il tutto organizzato per l'insegnamento clinico, che ri-

sulta paragonabile a quello universitario; prossimamente anche il St. Bartholomy's Hospital, il Grey's Hospital ed altri seguiranno questa direttiva.

Il Ministero della P. I., che ha già fatto molte concessioni alle scuole mediche, non è alieno dal contribuire nelle spese e generosamente. Il difficile sarà nella scelta degli insegnanti.

Notiamo ancora che il Newman insiste perchè l'insegnamento della medicina non sia tutto imperniato sul sistema degli esami, troppo aleatorio, ma venga servegliato *in modo continuativo*, durante tutto il corso, per accertarsi che lo studente ne profitti effettivamente.

L. V.

NOTIZIE DIVERSE.

Società Italiana di Medicina Interna. — Il Congresso Italiano di Medicina a Trieste.

Siamo informati che l'organizzazione del prossimo Congresso di medicina che avrà luogo a Trieste nella prima quindicina di ottobre del corrente anno è fatta con le seguenti norme, stabilite nella riunione del Consiglio Direttivo.

I temi, oggetto di relazione, sono tre: 1. Uricemia; 2. Clinica della tubercolosi; 3. Influenza.

Inoltre vi sarà un gruppo di relazioni critiche sopra le più importanti acquisizioni fatte durante la guerra nel campo della medicina interna.

Gli argomenti relativi saranno divisi nei seguenti gruppi: *a)* Sistema nervoso centrale; *b)* Sistema nervoso periferico; *c)* Cardiopatie; *d)* Nefropatie; *e)* Malattie infettive: spirochetosi, malaria, dissenteria, tifo e tifosimili, vaccinazioni.

La Tubercolosi è divisa in tre parti: *a)* Clinica della Tubercolosi; *b)* Le reazioni immunitarie nella Tubercolosi; *c)* I riflessi della clinica nei riguardi della lotta antitubercolare.

La scelta dei relatori è fatta col criterio che le varie Cliniche e Scuole di Patologia del Regno siano chiamate a parteciparvi attivamnte, per modo non si verifichi l'inconveniente lamentato nei congressi precedenti, in cui parve vi fosse soverchio accentramento nella scelta dei relatori.

I relatori complessivamente chiamati a prestare il loro concorso saranno in numero di 17.

Per evitare che vi sia troppo assorbimento di tempo, le singole relazioni verranno in anticipazione distribuite stampate e i relatori non faranno che una breve esposizione orale sintetica della loro relazione.

Saranno assicurati poi preventivamente come partecipanti alle discussioni cultori competenti delle varie branche, per modo che il Congresso con le relazioni e con le discussioni, avrà il concorso di tutte le scuole italiane e dei più eminenti pratici. Saranno preferite le comunicazioni relative ad argomenti messi in discussione. Per tal modo il Congresso potrà rispecchiare tutto il movimento della vita scientifica nazionale, e certo saranno messi in evidenza tutti gli studii italiani, onde questa riunione avrà come impronta l'affermazione della personalità della medicina italiana, che tiene conto di tutte le conquiste fatte in qualunque paese, ma che deve assumere fisionomia sua propria.

III. Conferenza interalleata negli invalidi di guerra.

Entro la prima quindicina del prossimo mese di maggio sarà tenuta a Roma la III Conferenza interalleata per le questioni riguardanti gli invalidi di guerra.

S. M. la Regina ha accettato l'augusto patronato del Convegno e S. E. il Presidente del Consiglio la presidenza del Comitato d'onore. A commissario generale è stato eletto il comm. Foscolo Bargoni.

La conferenza, cui sarà annessa una mostra di tutto quanto riguarda gli invalidi di guerra, avrà luogo nel palazzo dell'Esposizione in via Nazionale.

I nostri rappresentanti alla Conferenza sanitaria di Cannes.

A complemento della notizia già pubblicata, aggiungiamo che la Delegazione italiana alla Conferenza interalleata delle Croci Rosse, testè riunitasi a Cannes, era così composta: sen. conte Frascara, presidente della C. R. I. e sen. Marchiafava, vice-presidente; senatori Golgi e Maragliano, proff. Ducrey, Castellani, Poli, Baduel, G. Bastianelli, Valagussa e professoressa Emilia Anselmi.

Dopo la chiusura dei lavori i presidenti delle Croci Rosse italiana, francese, americana, inglese e giapponese si sono trattenuti a Cannes, per stabilire, in una serie di riunioni, i princìpii generali di esecuzone dei programmi d'azione futura tracciati in seno alla Conferenza.

Beneficenza.

Il comm. Pietro Siligardi, un filantropo ben noto per il suo affetto all'infanzia, che aveva già eretto a Modena l'Istituto Aiuto Materno ove hanno degna sede l'Ospedale dei bambini e la Clinica Pediatrica universitaria e che era stato largo di aiuti a molte Istituzioni benefiche, ha lasciato, morendo, oltre mezzo milione all'Istituto Aiuto Materno, il quale rimarrà legato al suo nome.

Operazioni della Cassa Nazionale infortuni.

La Cassa Nazionale d'Assicurazioni per gli infortuni degli operai sul lavoro, con Sede centrale in Roma, ha durante l'anno 1918 — col tramite delle sue Sedi compartimentali, secondarie ed agenzie distribuite per tutto il Regno — emesse 33.780 nuove polizze assicuranti altri 698.998 operai: ha inoltre ricevuto 100.702 denuncie di infortunio e pagate lire 15.319.449,74 d'indennità per 103.118 casi d'infortunio, di cui 410 di morte e 7.422 d'inabilità permanente.

Pro maternità e puericoltura a Tunisi.

Il prof. dott. Guglielmo Levi ha tenuto un elevato, splendido discorso a Tunisi, per l'inaugurazione del Servizio di assistenza ostetrica a domicilio e di puercoltura, organizzato dall'Unione Femminile Italiana.

Fratellanza medica tra nord e sud-America.

Il *Journal of the American Medical Association* pubblicherà una edizione spagnuola quindicinale, contenente tutto ciò che di interesse generale e di valore duraturo è pubblicato nell'edizione inglese di Chicago.

L'edizione spagnuola verrà diffusa specialmente nell'America Meridionale. Sarà questa una forma di penetrazione pacifica.

L'iniziativa è partita dal nuovo presidente dell'Associazione, George E. Vincent. La proposta venne subito accolta favorevolmente dagli amministratori.

È giunta da Vienna notizia della morte di FEDERICO SCHAUTA, direttore della I Clinica Ostetrico-ginecologica di quella Università.

Nato nel '40, laureato a Vienna nel '74 ed ivi docente nell'81, fu in questo stesso anno incaricato dell'insegnamento della specialità nella Università di Innsbruck, dove divenne ordinario nell'84 e che lasciò per l'Università di Praga nell'87. Nel 1891 fu chiamato a succedere a Carlo Braun nella cattedra di Vienna.

Uomo di quadra mente e di soda coltura, la sua attività scientifica e pratica si svolse essenzialmente in quel periodo di tempo in cui la branca ginecologica della specialità si andava affermando e con lo svilupparsi della chirurgia addominale la chirurgia ginecologica assumeva una importanza primaria, e Schauta fu sin dai suoi primi anni di insegnamento ardito e fortunato operatore. Ed a problemi di tecnica ed a metodi operativi volse precipuamente il suo studio sino negli ultimi tempi della sua vita.

Vanno infatti ricordati fra i suoi lavori, le indicazioni e la tecnica operativa nelle malattie degli annessi uterini, nelle fistole vescico-vaginali e retto-vaginali.

Particolare studio egli diede alla tecnica della isterectomia vaginale ed a tal proposito giova ricordare la preferenza da lui data alla via vaginale nella operazione per cancro dell'utero, intervento che egli perfezionò sino a contrapporre alla panisterectomia addominale alla Wertheim, la sua « estirpazione totale vaginale ampliata ».

Nel Congresso internazionale di Budapest del 1910 egli portava la sua statistica di questo metodo operativo con il quale contava su 286 interventi il 12.8 % di guarigioni del cancro da oltre cinque anni.

Dell'ultimo ventennio è anche la sua « interpositio uteri vesico-vaginalis » per la cura del prolasso uterino.

All'infuori di questioni più specialmente chirurgiche a Schauta si devono studi sulle anomalie del bacino ed una completa monografia sulla gravidanza extrauterina, che, pubblicata in epoca ormai remota, fu un completo studio di questo interessante capitolo di patologia ginecologica e non poco contribuì a fissarne il concetto e la clinica importanza.

F. Schauta fu sempre un tenace sostenitore della necessità di unione della ostetricia e della ginecologia come unico insegnamento con unico indirizzo in base all'intimo legame che riconnette alle vicende della generazione la massima parte dei processi patologici dei genitali femminili.

Questo suo convincimento espone anche nel titolo del trattato da lui pubblicato nel '96, e di cui si ebbe nel '98 una edizione italiana, « Lehrbuch der gesammten Gynäkologie ».

Degna figura di studioso e di professionista, cui la larga esperienza raccolta in oltre trent'anni di assiduo lavoro clinico e la direzione di una delle più importanti scuole ginecologiche del mondo conferivano una spiccata autorità, scompare con lui uno dei rappresentanti più autorevoli di un'epoca che seppe elevare la dignità dello studio sui fenomeni fisici della maternità e della patologia genitale femminile e procurarne in breve volgere di anni un immenso progresso con l'indirizzo rigoroso scientifico e sperimentale, l'assidua osservazione clinica, l'arditezza ed il perfezionamento della tecnica chirurgica.

V. ARTOM DI SANT'AGNESE.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI — Roma, 27 aprile 1919 — Fasc. 17

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

I Gruppi Sanguigni

per il Dott. PIETRO CESETTI,
aiuto medico degli Ospedali di Roma.

Il fenomeno dell'emolisi e dell'agglutinazione fu in principio creduto possibile soltanto fra siero e sangue di specie differente, dove infatti suole osservarsi costantemente. Ma ricerche di Landsteiner e di Shattock portarono alla scoperta dell'isoagglutinazione, fenomeno che essi credettero patologico, ma che Halban, Ascoli e altri trovarono spesso anche fra sangui normali. Ugualmente si può dire dell'isoemolisi, la quale è in connessione intima coll'agglutinazione.

Landsteiner, Ottenberg e altri iniziarono allora delle ricerche sopra il sangue di individui normali e trovarono numerose differenze fra essi in rapporto al loro modo di agglutinazione, per cui ripartirono gli individui in più gruppi sanguigni. Moos, volendo ricercare la causa della incompatibilità che talora si avverava nella trasfusione tra il sangue del donatore e quello del ricettore, sperimentò ugualmente a lungo sopra molte migliaia di persone e venne alla conclusione che tutti gli individui possono essere riportati a quattro gruppi sanguigni, nettamente caratterizzati dalle loro proprietà agglutinanti. Stabilì inoltre che fanno parte di uno stesso gruppo sanguigno tutti gli individui che non presentano fra il loro sangue il fenomeno dell'agglutinazione, ma che hanno sul sangue degli altri le stesse proprietà agglutinanti.

Per la ricerca dell'agglutinazione negli individui Epstein, Ottenberg, Daufresne adottarono una tecnica abbastanza rapida, che permettava di scoprire, se esisteva, il fenomeno dell'agglutinazione. Beht Vincent ha ancora semplificato la tecnica, per mezzo della quale in 2–3 minuti soltanto si può osservare anche ad occhio nudo se esiste o non agglutinazione. Si preleva dalla vena di più individui una certa quantità di sangue, metà del quale si lascia coagulare spontaneamente, prelevandone poi il siero, e l'altra metà si rende incoagulabile coll'aggiunta di citrato di sodio. Si mescola

allora su un vetrino portaoggetti una goccia di siero con una goccia di sangue di altro individuo. Dopo uno, due minuti soltanto e non oltre i tre minuti si nota in certi casi il raggrupparsi dei globuli rossi, fenomeno visibile anche ad occhio nudo. Se l'agglutinazione non ha luogo, la goccia mantiene il suo aspetto e al microscopio si può controllare che i globuli rossi si presentano nella loro tipica forma e ben separati.

Nei quattro gruppi sanguigni determinati da Moos vi è una categoria di persone, gruppo I, il cui siero non agglutina le emazie di alcun gruppo, ma le cui emazie sono agglutinate dal siero degli altri gruppi; come se le emazie di questo gruppo fossero talmente fragili da non poter restare integre che in un siero poco vulnerante come il loro.

		Sieri			
	Gruppo	I	II	III	IV
Emazie	I	o	+	+	+
	II	o	o	+	+
	III	o	+	o	+
	IV	o	o	o	o

Per contro vi è un'altra categoria, gruppo IV, le cui emazie resistono a tutti i sieri e il cui siero invece agglutina le emazie di tutti gli altri gruppi. Fra questi gruppi ve ne sono altri due, nei quali la fragilità delle emazie all'agglutinazione è intermedia fra i gruppi I-IV e precisamente: il siero del gruppo II agglutina le emazie del I-III; il siero del gruppo III agglutina le emazie del I-II. Le emazie del gruppo II sono agglutinate dai sieri dei gruppi III-IV; le emazie del gruppo III dai siero del II-IV.

Volendo procedere alla determinazione del gruppo sanguigno di un individuo bisogna in principio avere a disposizione un campione dei sieri dei quattro gruppi e osservare la loro azione sul sangue del soggetto da esaminare, servendosi poi della tavola precedente per l'interpetrazione dei risultati. Moos ha semplificato la ricerca, basandosi sulla constatazione che la prova simultanea coi sieri dei gruppi II-III soli dà risultati differenti per ogni gruppo.

		Sieri	
	Gruppo	II	III
Emazie	I	+	+
	II	o	+
	III	+	o
	IV	o	o

Per la ricerca si procede così: si deposita una goccia di siero dei gruppi II-III rispettivamente verso le due estremità di un vetrino portaoggetti. Ogni goccia è mescolata intimamente mercè un piccolo e separato agitatore con una goccia di sangue del soggetto da esaminare. In due, tre minuti si vede a occhio nudo se esiste il fenomeno dell'agglutinazione. Trovati in questo modo degli individui appartenenti a questi gruppi si preleva da loro nel modo già descritto, una certa quantità di siero, che si addiziona con una soluzione di citrato trisodico al 15% in ragione di 9 cc. di siero con 1 cc. di soluzione e con un antisettico (ac. fenico, tricresolo). La soluzione di citrato di sodio serve ad impedire la coagulazione della goccia di sangue al momento dell'esame. I sieri così preparati possono adoperarsi subito e la loro efficacia dura circa un anno.

I dati dei gruppi sanguigni possono spiegarci gli accidenti gravi della trasfusione di sangue e la loro determinazione prima di ogni trasfusione ha quindi una grande importanza pratica. Già da molto tempo gli accidenti della trasfusione furono attribuiti alla fibrina del sangue trasfuso, la quale secondo Dieffenbach agiva come causa tossica, secondo Oré come causa meccanica. Dopo la scoperta dell'isoemolisi e dell'isoagglutinazione gli autori americani per primi attribuirono al manifestarsi di questi fenomeni in vivo gli accidenti gravi che sogliono spesso avverarsi nella trasfusione di sangue da uomo a uomo. Questi accidenti sono d'ordine meccanico e d'ordine tossico. Al primo appartengono l'entrata d'aria nelle vene, l'embolia da coagulazione, la dilatazione acuta del cuore pericoli facilmente evitabili colla tecnica moderna. Fanno parte del secondo accidenti tossici leggieri e gravi. I leggieri, che non è possibile evitare, consistono in brividi di freddo, febbre, vomito, urticaria o altre eruzioni cutanee, cefalea, dolori lombari, costrizione alle tempie ecc., disturbi abbastanza frequenti, senza gravità e che avvengono di solito durante la trasfusione o poco dopo. Sono sempre di breve durata e non sono in rapporto coll'emolisi nè coll'agglutinazione. Gli accidenti tossici gravi sono invece dovuti all'emolisi e all'agglutinazione e consistono in dispnea, collasso cardiaco, urobilinuria, emoglobinuria, convulsioni ecc., accidenti dovuti secondo gli scienziati americani alla brusca messa in libertà di emoglobina, provocata dall'emolisi, o a fatti trombotici: infarti, embolie, provocati dall'agglutinazione. Secondo Giraud e Janbrau gli accidenti sarebbero invece dovuti alla presenza degli stromi globulari, che agirebbero come albumine estranee, appoggiando essi questa ipotesi col fatto che nei casi di eterotrasfusione, in cui il sangue trasfuso s'è sempre mostrato nocivo, gli estratti globulari filtrati e sbarazzati dell'emoglobina, sono ancora tossici, senza che possa incriminarsi nè l'emoglobinolisi, nè l'agglutinazione, per modo che essi tendono a considerare l'emolisi e l'agglutinazione come fatti contingenti che rivelino il fatto oscuro più grave

di una incompatibilità chimica, unica responsabile degli accidenti della trasfusione. Ottenberg e Kalisky inoltre (1913), notarono che gli accidenti d'emolisi e d'agglutinazione si presentano soltanto negli individui non sottoposti prima della trasfusione alla ricerca preventiva dell'agglutinazione e dell'emolisi, confermando così l'importanza pratica di questa ricerca.

Dovendo procedere alla trasfusione, basta determinare il gruppo del paziente e il gruppo del donatore e di verificare se il donatore conviene. Sembrerebbe a priori doversi trasfondere a un soggetto *A* solo il sangue di un individuo *B* dello stesso gruppo, in cui cioè non vi sia agglutinazione del siero di *A* sulle emazie di *B* e viceversa del siero di *B* sulle emazie di *A*, ciò che limiterebbe molto la scelta del donatore, specie se il soggetto, a cui devesi praticare la trasfusione, appartiene ai gruppi I–III i cui donatori sono rari, come dalla seguente statistica:

gruppo	I:	5%
»	II:	40%
»	III:	10%
»	IV:	45%

Ma la pratica ha dimostrato che occorre evitare solo l'agglutinazione delle emazie del donatore da parte del siero del ricettore, non l'agglutinazione inversa. Per la spiegazione di questo fatto gli americani ammettono una sufficiente diluizione del sangue trasfuso nella circolazione del ricettore, in modo che l'azione emolitica o agglutinante è trascurabile.

Giraud e Janbrau invece hanno emesso l'ipotesi che solo l'intossicazione da parte dell'albumina estranea è responsabile degli accidenti della trasfusione, non quella liberatasi dal sangue del ricettore, la quale è tollerabile e riassorbita come tutte le albumine omogenee circolanti. Viene così ad estendersi la scelta dei donatori. In base a questi fatti gli individui del gruppo I sono ricettori universali, poichè il loro siero non agglutina le emazie di alcun gruppo; quelli del gruppo IV sono invece donatori universali, poichè le loro emazie non sono agglutinate da alcun siero, gli individui del gruppo II possono ricevere soltanto il sangue del proprio gruppo o del IV e identicamente quelli del III solo il sangue del loro gruppo o del IV; risultati così riassunti da Janbrau e Giraud: gli individui del gruppo I possono ricevere il sangue di tutti i gruppi, gli individui degli altri gruppi solo il sangue del proprio gruppo o quello del IV.

Dalle ricerche degli scienziati americani è risultato che i caratteri dei gruppi sanguigni sono permanenti e quindi un individuo apparterrebbe per tutta la vita allo stesso gruppo, malgrado le peripezie patologiche della sua esistenza. Inoltre essi sono ereditari e famigliari, ciò che spiega l'assenza degli accidenti gravi nella trasfusione fra consanguinei.

Ma oltre che alla trasfusione i dati dei gruppi sanguigni potrebbero applicarsi anche ad altri rami delle scienze biologiche. Così per esempio si potrebbe verificare dal lato antropologico ed etnologico se negli individui la percentuale dei diversi gruppi non vari a seconda della razza, del suolo, del clima, ecc., e dal lato biologico potrebbero confermarsi nell'uomo le leggi dell'eredità. Anche la medicina legale potrebbe ricavarne qualche vantaggio nella identificazione delle macchie di sangue, e, secondo gli entusiasti del metodo, perfino nella ricerca della paternità!

CONFERENZE.

La cura della sifilide negli ultimi anni

per il dott. PIERO DE FAVENTO.
Conferenza tenuta all'Associazione medica di Trieste.

Nel 1911 tenni all'Associazione medica una conferenza sulle prime esperienze col salvarsan e sull'evoluzione in genere subentrata nella diagnostica e nella terapia della sifilide.

Era ormai svanita la speranza della « Therapia sterilisans magna » da ottenersi in tutti i casi di sifilide con un'iniezione sola. Una forte schiera di clinici e specialisti avversava il 606, poichè la insufficiente pratica nella dosatura del nuovo rimedio, e nella scelta dei casi, aveva procurato alcune volte intossicazione e morte. Accennai allora ad alcuni incidenti spiacevoli occorsimi, ma sostenni sopratutto le insuperabili qualità terapeutiche del salvarsan e gli pronosticai il posto eminente che ad esso spettava nella cura della sifilide.

L'arsenobenzolo, adesso, non ha, si può dire, più avversari.

Dopo 7 anni è mia intenzione di riassumere in breve i risultati ed i progressi ottenuti nella cura della sifilide, che ha avuto un'evoluzione straordinaria.

Appena introdotto nel commercio il neosalvarsan, si abbandonò il 606 e si adoperò soltanto il nuovo rimedio sempre per via endovenosa. Praticai molte migliaia di iniezioni ad individui di tutte le età e d'ambo i sessi e non ebbi ad osservare nè casi di morte e neppure il più lieve sintomo d'intossicazione.

Dapprima la tecnica era complicata, poichè l'acqua distillata veniva preparata con un apposito apparecchio sempre immediatamente prima delle iniezioni e si iniettava circa 1/4 di litro

di soluzione nella vena. Negli ultimi anni però si adoperarono con ottimo risultato gl'ipodermoidi di soluzione fisiologica ultrasterile preparati qui a Trieste da Vidali e Vardabasso.

Il neosalvarsan viene sciolto in circa 5 grammi della soluzione fisiologica ed iniettato direttamente nella vena del cubito. Rarissimi furono i casi, nei quali non si potè trovare la vena cubitale, ed allora si fece l'iniezione in qualche altra vena del corpo (sul polso, sulle gambe, sulle mammelle, ecc.). Una o due volte fui costretto a preparare la vena sotto la pelle. Con la pratica ed attenzione si evitano gli infiltrati, che sono molto dolorosi e durano qualche settimana per poi scomparire senza lasciar traccia. Dapprincipio i p. venivano tenuti a letto per diverse ore dopo l'iniezione, ma da anni si fa la cura ambulatoriamente, senza aver avuto mai conseguenze dannose, se si eccettui qualche leggero svenimento e qualche conato di vomito di breve durata in pazienti sommamente sensibili.

Constatata l'ulcera dura dai sintomi clinici e molte volte con la ricerca delle spirochete, prima che il Wassermann divenga positivo, si comincia subito la cura, che consiste in otto iniezioni di neosalvarsan (0'15, 0'30, 0'45 e 5 da 0'60) ad intervalli, le prime di 4-5 giorni, poi di 8 e per le ultime tre di 15 giorni. Contemporaneamente viene praticata una cura mercuriale di solito con 12 iniezioni di calomelano o salicilato di mercurio 0'10, rare volte si ricorre alle iniezioni mercuriali o a preparati solubili di mercurio. Dopo 3-4 mesi, previa una prova di Wassermann, che è quasi sempre negativa, viene intrapresa un'altra cura di 4-6 iniezioni endovenose di neosalvarsan (0'15, 0'30, 0'45 e le ultime di 0'60) agli stessi intervalli della prima cura e contemporaneamente 6 iniezioni mercuriali. Dopo 6 mesi si fa una terza cura altrettanto forte quanto la seconda. Negli intervalli viene prescritto joduro di potassio. Per 2-3 anni i pazienti vengono controllati con la prova di Wassermann, premettendo talvolta delle leggere iniezioni di neosalvarsan, per stimolare, come si crede, qualche focolaio nascosto di spirochete.

Si deve essere assolutamente sicuri, che si tratta di una ulcera dura per intraprendere la cura precoce; ritengo errato farla nel dubbio. Posso dire che con la tecnica usata la cura abortiva riesce sempre, eccetto rare eccezioni, quando essa forse viene intrapresa troppo tardi. Seguii per anni molti pazienti curati abortivamente ed essi si mantennero sempre sani con Wassermann negativo. Molti ebbero figli sanissimi, senza nessuna stigmata eredoluetica.

Quando la cura abortiva non riesce e subentrano manifestazioni secondarie, oppure quando i pazienti si presentano già con manifestazioni secondarie, la terapia è ancora più energica: la dose del neosalvarsan e del mercurio varia a seconda della gravità del caso e della resistenza del male alla cura. Si praticano 10-15 iniezioni di neosalvarsan a dose crescente ed a intervalli di parecchi giorni, contemporaneamente si fa un'energica cura mercuriale a base di preparati insolubili e negli intervalli si prescrive joduro. I pazienti vengono controllati dopo qualche mese col Wassermann; se la reazione è positiva si riprende una cura energica come la prima, se negativa, si inietta una dose minore di neosalvarsan e di mercurio: circa la metà della prima cura. Dopo 6 mesi avviene la terza cura, che, se il Wassermann è negativo, è l'ultima, se positivo, fa posto ad ulteriore energico trattamento. Pazienti curati con dosi forti anche nel periodo secondario si mantengono spesso sani ed i ripetuti controlli col Wassermann danno risultato negativo. Alcuni di questi malati però vanno soggetti a recidive ed abbisognano di cure continuate.

Le forme terziarie della sifilide vengono trattate come le secondarie: cure alterne a forti dosi di neosalvarsan, mercurio e joduro ad intervalli di qualche mese, e ripetute per 5 o 6 volte fino a che si ottiene un Wassermann negativo. Questo però non avviene sempre, perchè la reazione talvolta rimane positiva (sifilide latente), ad onta delle cure più energiche, oppure si mantiene negativa per brevissimo spazio di tempo.

Nelle malattie parasifilitiche il neosalvarsan, certo più che il mercurio dimostra la sua azione benefica. Non si tratta qui di guarigioni, ma di miglioramenti. Così si vedono, dopo cure energiche, sopratutto di neosalvarsan, scomparire i dolori lancinanti della tabe dorsale. Se il trattamento viene iniziato con dosi forti al principio del male, anche l'atassia può risentirne un miglioramento e così pure le irregolarità delle pupille, la reazione delle stesse e le lesioni incipienti della retina. Nella paralisi progressiva si osserva rare volte qualche leggero miglioramento, che può però anche essere attribuito al decorso del male, che va soggetto a peggioramenti e miglioramenti: perciò assai di rado, dopo le esperienze fatte, si assumono in cura pazienti affetti da paralisi progressiva.

Nelle aortiti luetiche, specialmente nello stadio iniziale, cure prudenti ed energiche di neosalvarsan danno risultati benefici. Parecchi casi di aortite migliorarono tanto dei loro disturbi soggettivi, quanto anche dei sintomi oggettivi, i quali vengono controllati con Röntgen. In questi pazienti la cura si fa dapprima con piccole dosi di neosalvarsan (0'15 - 0'30), ad intervalli

di 8-10 giorni e poi si sale lentamente a dosi più elevate. Quindi si sospende il trattamento per qualche mese e poi si ripete, sempre con la stessa prudenza. Neppure in questi malati non osservai mai effetti dannosi prodotti dal neosalvarsan. Il mercurio nelle aortiti luetiche non mi ha mai dato risultati favorevoli.

Ho potuto osservare un solo caso di sifilide terziaria, nel quale le cure più energiche combinate, a nulla approdarono. Trattavasi di un paziente affetto di gomma al naso; l'infezione luetica, che risaliva a 10 anni prima, non era stata curata affatto. Si iniziò un trattamento energico di neosalvarsan e mercurio. Sembrò dapprima che il male avesse tendenza a guarire, ma ben presto, ad onta delle dosi fortissime di neosalvarsan (parecchi grammi) e di mercurio, la sifilide gommosa e la cachessia fecero continui progressi: l'osso mascellare, zigomatico e nasale furono distrutti e dopo circa un anno e mezzo il paziente soccombette al suo male gravissimo.

Altre forme di sifilide grave, tanto dello stadio secondario, quanto del terziario reagirono sempre e prontamente al rimedio di Ehrlich.

In malati, specialmente dello stadio secondario, che si erano curati insufficientemente, si manifestano talvolta improvvisamente delle paralisi del faciale, accompagnate da disturbi dell'orecchio (sordità e vertigini). Una cura energica di neosalvarsan e mercurio intrapresa subito arreca la guarigione od almeno un forte miglioramento. Il miglioramento prodotto dalla continuazione della cura è la più bella prova che questi disturbi, chiamati neurorecidive, non sono dovuti al salvarsan stesso, ma alla sifilide imperfettamente curata. Le neurorecidive erano più frequenti nei primi anni, quando si usavano dosi piccole, ora questi casi sono rarissimi.

Anche in pazienti affetti di malattie renali il neosalvarsan non produce peggioramenti notevoli, sempre usato a dosi piccole e con prudenza. Anzi se l'affezione dei reni è causata dalla sifilide, si notano miglioramenti: così avviene, p. e., in qualche forma di nefrite emorragica con Wassermann positivo ed albuminuria. Tanto il sangue quanto l'albumina possono diminuire o scomparire sotto l'influenza della cura. In simili casi si adoperano solo dosi di 0'15 o al massimo di 0'30 e l'iniezione viene ripetuta ogni 12-15 giorni.

Anche tutte le affezioni luetiche dell'occhio migliorano o guariscono con una cura energica e spesso prolungata; fa eccezione l'atrofia del nervo ottico, che specialmente se in stadio avanzato, non è suscettibile di migliorie.

Cure energiche combinate danno ottimi risultati in donne luetiche gravide. Pazienti che ebbero aborti o nati morti, con una cura energica, poterono procreare dei figli sani, senza nessun sintomo di eredolue e con Wassermann negativo. Nella sifilide ereditaria si hanno migliorie, ma quasi mai guarigioni perfette. Le affezioni ereditarie degli occhi e degli orecchi anche se trattate molto energicamente migliorano assai poco o niente. Forme gommose terziarie risentono i benefici della cura ma spesso recidivano. Osservai invece ottimi risultati in parecchi casi di affezioni ossee ed articolari di lue ereditaria: anche qui la cura dev'essere energica e prolungata e gli effetti della stessa sono piuttosto tardivi. Negli eredoluetici il Wassermann ad onta del trattamento più energico diviene di raro negativo.

Bambini eredoluetici sotto i sei anni vengono curati con l'applicazione di empiastro mercuriale sul petto e sul dorso, che si cambia ogni quattro giorni; la cura si prolunga per qualche mese e viene ripetuta a seconda del bisogno. Talvolta, in casi gravi, si pratica qualche iniezione di uno o due centigr. di calomelano o salicilato di mercurio. Gli effetti sono buoni e servono tanto a far scomparire i fenomeni acuti del male, p. e., le placche mucose all'ano ed alla bocca, quanto anche a rimettere in forza i bambini. Dai sei anni in su si praticano sempre iniezioni endovenose di neosalvarsan in dosi molto piccole. Esse non producono mai effetti dannosi e danno ottimi risultati.

Se il neosalvarsan, grazie all'esperienza ormai acquistata con la pratica, è innocuo, non altrettanto posso dire del mercurio. Ho già pubblicato un caso avuto nel VII Riparto del civico Ospedale di grave intossicazione mercuriale per fortissime manifestazioni esterne ed interne; voglio accennare ancora ad un caso occorso al signor Primario Nicolich nella sua pratica privata e che col suo consenso riassumo. Trattavasi di un paziente affetto di sclerosi iniziale del prepuzio. Il paziente ricevette un'iniezione di neosalvarsan 0'15 e dopo alcuni giorni una di salicilato di mercurio 0'10. Già dopo poche ore subentrò febbre, scariche sanguigne, stomatite e stato generale grave. Le condizioni del paziente rimasero allarmanti per alcuni giorni e poi i sintomi scomparirono lentamente. Il malato venne ulteriormente curato solo con neosalvarsan.

Il consenso al matrimonio di individui che hanno un'infezione sifilitica non può essere generale ed eguale per tutti i malati. Esso varia a seconda sopratutto del momento, nel quale venne iniziata la cura e del decorso del male. Se la cura abortiva riesce, credo che il paziente possa contrarre matrimonio già dopo due anni dall'infezione, avendo esso nel primo anno com-

pletata la cura ed essendo rimasto nel secondo in osservazione. Se però il malato era già affetto di sintomi secondari e bisognevole perciò di trattamento lungo ed energico, allora si può consentire al matrimonio dopo 3 o 4 anni soltanto, quando ripetuti Wassermann diedero risultato negativo.

La cura della sifilide ha fatto negli ultimi anni progressi straordinari; sussiste la fondata speranza, che specialmente colle cure abortive si possa ottenere una guarigione perfetta. Ad onta degli ottimi risultati però è necessario, che passino ancora molti anni, affinchè si possa avere la certezza assoluta della guarigione del male.

Trieste, marzo 1919.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Polinevrite acuta infettiva.

(JOHN ROSE BRADFORD, E. F. BASHFORD e J. A. WILSON. *The Quarterly Journal of Medecine*, v. 12, n. 45-46).

Gli AA. studiano un gruppo definito di casi osservati fra le truppe in Francia e in Fiandra, che presentano un quadro clinico costante di paralisi generalizzata. Casi simili se pur non identici erano già stati descritti da Osler sotto il termine di polinevrite acuta febbrile, e da Gordon Holmes che ne aveva registrati i caratteri clinici e patologici.

Solo esempi isolati della malattia furono osservati da J. R. Bradford nel primo periodo della guerra, una serie numerosa invece nell'anno 1917. La paralisi nella sua distribuzione e nei suoi caratteri presentava notevoli differenze da quelle osservate nelle varietà di nevrite meglio conosciute, e ancor più da quelle della poliomielite.

Poichè alcuni caratteri della paralisi, come quelli di essere frequentemente progressiva e ascendente, e di interessare i muscoli del tronco, e della respirazione, suggerivano una certa rassomiglianza con la paralisi da inoculazione subdurale del virus della rabbia in certi animali come il coniglio, furono eseguiti esperimenti di trasmissione della malattia alle scimmie con gli stessi procedimenti usati per la trasmissione sperimentale della rabbia. Fu in tal modo stabilito il suo carattere infettivo.

J. R. Bradford riferisce sopra i *fenomeni clinici della malattia nell'uomo.*

Furono osservati trenta casi.

Inizio. — Nella maggioranza dei casi si può raccogliere una storia definita di una malattia con sintomi generali, che precede la comparsa della paralisi; in un piccolo numero di casi invece il P. afferma che la prima manifestazione della malattia è la paralisi; è da ritenersi che la prima modalità sia quella tipica.

La malattia iniziale è in genere di tipo mite; da ciò forse dipende che passa spesso inosservata. Solo raramente i sintomi iniziali sono abbastanza gravi. I sintomi più costanti sono: febbre moderata, cefalea, vomito e dolori al dorso; talora dolori diffusi agli arti, mal di gola, e rigidità della nuca; non è stato mai osservato rash. La cefalea è spesso intensa, generalmente diffusa, ma anche occipitale, e persiste due o tre giorni. Il vomito non è grave. Il dolore al dorso e ai lombi è spesso intenso, talora coglie la nuca, ed allora è spesso accompagnato da rigidità leggera della nuca; dolori possono pure essere avvertiti agli arti e all'addome. La temperatura non cresce più di due o tre gradi, e dura da due a quattro giorni.

I sintomi scompaiono in pochi giorni, e spesso tali casi sono considerati come influenza, febbri da trincea, febbri di strapazzo.

Periodo di latenza. — L'autore cita come tipico il caso di un infermiere d'ospedale, il quale dopo le manifestazioni morbose iniziali suddette ritornò al lavoro, e stette assolutamente bene sino ad un mese dai primi sintomi, allorchè improvvisamente durante una marcia accusò perdita di forze alle gambe. Talora il periodo di latenza sembra sia stato più breve, da tre a cinque giorni, e ciò sopratutto in casi che presentano sintomi simili a quelli della meningite cerebro-spinale; tal'altra infine nessun sintomo è stato sufficiente ad attrarre l'attenzione del P. e la prima manifestazione della malattia è la paralisi.

Stadio paralitico della malattia. — In alcuni casi l'inizio della paralisi è manifestato da una debolezza generale che cresce più o meno rapidamente, ma generalmente è caratteristico e drammatico. Così il P. perde improvvisamente la forza nelle gambe, sì che cade durante una marcia, o non può più alzarsi da una posizione seduta. La paralisi però non è completa, e il P. può spesso camminare o alzarsi in piedi con aiuto.

In seguito per circa ventiquattro ore l'estrema debolezza degli arti può diminuire, per poi tornare a crescere. La paralisi può essere preceduta da parestesie alle estremità; nel momento dell'inizio può essere accompagnata da dolori al dorso, e nella parete addominale, raramente dolori a cintura. Comunemente si ha cefalea; talora febbre leggera, talora la febbre è irregolare, spesso essa dipende da complicazioni come bronchiti, pleuriti.

La paralisi si inizia agli arti inferiori, dopo due o tre giorni si diffonde alle braccia; la caratteristica è che interessa in grado più notevole i segmenti prossimali degli arti; non coglie singoli muscoli; generalmente è flaccida; simmetrica nella sua distribu-

zione, sebbene un arto possa essere più interessato del compagno. Nei casi più gravi sono colpiti i muscoli del dorso, addome, petto e collo; spesso si rileva la paralisi del rectus abdominis; spesso solo la porzione inferiore di questo muscolo è colpita, o probabilmente la porzione inferiore è più affetta della superiore. L'interessamento dei muscoli della respirazione rende il caso più grave; spesso sono colpiti contemporaneamente diaframma e intercostali. I casi di paralisi diffuse possono essere leggerissimi, sì da parlare di debolezza più che di paralisi, ma anche gravissimi, e la morte può sopravvenire dopo ventiquattro, quarantotto ore.

Caratteristica è la paralisi del facciale, generalmente bilaterale. Quando è bilaterale non è necessariamente di eguale grado nei due lati; è di tipo infranucleare, interessando sia il facciale superiore che l'inferiore; spesso è piuttosto una paresi. La paralisi della faccia segue generalmente dopo qualche giorno la paralisi delle gambe. Così in casi in cui da principio è unilaterale vi è un intervallo di vari giorni, prima che divenga bilaterale; la paralisi del facciale regredisce, prima che si ripristini in modo completo la forza nelle gambe.

Non rara è la difficoltà nella deglutizione specie dei solidi, per paresi dei muscoli faringei; eccezionalmente si ha voce nasale. Rara è la paralisi dei muscoli oculari; il nervo colpito è il VI; occasionalmente sono stati colpiti il laringe e la lingua.

Nei casi di lunga durata può apparire un'atrofia degli arti: in un caso si ebbe atrofia dei muscoli del cinto scapolare. Non è stato visto nessun caso di contrattura o di inabilità persistente da atrofia muscolare. Talora sono state osservate contrazioni fibrillari della lingua e dei muscoli della faccia.

Fenomeni sensitivi. — All'inizio si possono avere parestesie e dolori alla schiena e al collo, alle pareti toraciche e addominali, e agli arti, specie ai ginocchi; così cefalea. La parestesie sono accusate sopratutto alla periferia, come la punta delle dita, delle mani e dei piedi. Nei casi di paralisi del facciale, questa poi è preceduta da parestesie nella faccia. Sono presenti anestesia e analgesia specie nei segmenti distali, spesso a tipo di guanto o di calza; ma talora, a tipo radicolare, in modo simmetrico negli arti opposti. L'anestesia è incompleta. Non si è osservata anestesia nel tronco, bensì nella faccia. Con la regressione della paralisi si ha quella dell'anestesia. Non si è mai osservato herpes.

Riflessi. — Il riflesso rotuleo è vivo all'inizio della paralisi; ma manca quando questa è dichiarata. Nei casi in cui la paralisi è progressiva il riflesso achilleo è assente, quando ancora è presente il rotuleo. Tutti i riflessi tendinei mancano per un periodo prolungato di varie settimane. Il riflesso plantare manca: ma il cremasterico e gli addominali possono essere presenti nei casi in cui la paralisi dei muscoli del tronco non è notevole. Normali gli iridei, e il faringeo.

Sfinteri. — All'inizio della paralisi vi è talora temporanea ritenzione di urina.

Funzioni cerebrali. — In un caso si ebbe sonnolenza. In un caso perdita del gusto e ambliopia; l'esame del fondo dell'occhio rivelò scotoma. La coscienza è sempre conservata, anche in casi fatali.

Fenomeni cardiaci. — Talora tachicardia, dipendente dalla temperatura. In genere polso 100–120 con temperatura normale, e quando il P. è in letto. Talora come fenomeno terminale agonico si ha aritmia.

Urina. — Solo spesso piccola quantità di albumina.

Sangue. — Si ha leucocitosi. Non variazioni della formula leucocitaria. Non cellule abnormi.

Liquido cefalo rachidiano, normale.

Decorso della malattia. — La mortalità è alta. Su trenta casi la morte sopravvenne in otto. Nella metà dei casi la morte avvenne una settimana dall'inizio, in uno all'undecimo giorno. In tali casi vi era notevole affanno, spesso dipendente da ostruzione dei bronchi, o da complicazioni polmonari. In alcuni casi di morte improvvisa non vi erano associate evidenti lesioni polmonari; all'esame macroscopico si rivelavano solo edema del cervello e congestione generale degli organi. Nei casi di guarigione, la paralisi divenne stazionaria, e cominciò a decrescere lentamente.

Complicazioni. — Le sole osservate furono quelle a carico dell'apparato respiratorio; ostruzione dei bronchi, congestione dei polmoni, bronchite e broncopolmonite, pleuriti. La morte quando non dovuta a tali complicazioni, è da attribuirsi a paralisi respiratoria talora di origine periferica, talora di origine centrale.

Osservazioni post mortem. — Si trova talora edema del cervello, vene spinali tra la dura madre e la colonna vertebrale dilatate, congestione dei polmoni, emorragie subpleuriche, petecchiali, pleuriti fibrinose, bronchiti, broncopolmoniti.

E. F. Bashford riferisce dettagliatamente sui *reperti anatomici* della malattia suddescritta nell'uomo e nella scimmia. Ai dettagli anatomici già dati da Gordon Holmes sono aggiunte numerose nuove osservazioni, come quelle di nevriti acute essudative, lesioni dei gangli delle radici posteriori, emorragie midollari, fine degenerazioni delle cellule nervose, interessamento generale della sostanza grigia del cervello e del midollo, degenerazioni dei muscoli, nefriti parenchimatose e glomerulari, infiltrazione cellulare del fegato. È da ritenersi che le cellule nervose siano interessate per tempo, e che segue l'accumulo diffuso di cellule rotonde intorno alle cellule lese e degenerate.

L'intiero processo patologico indica una setti-

cemia o intossicazione sistematica, che penetra nel sistema nervoso centrale per via dei tronchi nervosi, sia motori che sensitivi, e probabilmente di natura infettiva.

Trasmissione della malattia alle scimmie. — La malattia è stata riprodotta nelle scimmie, con inoculazione subdurale di emulsione di midollo spinale umano conservato da 25 giorni a 7 mesi in glicerina, e con inoculazione diretta da scimmia a scimmia di emulsione di midollo fresco o conservato in glicerina, e di più con inoculazione della coltura pura preparata dal Capt. J. A. Wilson.

J. A. Wilson riferisce sull'*isolamento e la coltura del virus della malattia.* — La tecnica impiegata fu quella che condusse Flexner e Noguchi alla scoperta nella poliomielite anteriore acuta dei « corpi globoidi ». Il materiale usato per la coltura fu ottenuto da due casi fatali; o da scimmie inoculate con emulsioni di midollo spinale.

Il medium culturale consiste in uno strato sottile di siero agar, contenente frammenti di rene-fibroso di cavia e di sospetto tessuto nervoso, con sovrapposta una colonna di siero brodo, il tutto chiuso con uno strato di vasellina sterile. L'organismo è anaerobio. La temperatura deve essere quella del corpo. Già al 7° giorno minute semitrasparenti colonie ricoprono la superficie dell'agar.

Nei preparati colorati con bleu policromo o di Loeffler dopo mordenzamento con acido tannico o carbolico, da colture di 5-70 giorni l'organismo appare come un corpo rotondo o ovalare della grandezza di 0.2-0.5 γ di diametro. Presenta una macchia rotonda fortemente colorata eccentrica, circondata da un'area meno colorata. L'organismo è raggruppato a colonie; nelle culture vecchie l'organismo si colora meno e i suoi contorni sfumano, sì che le colonie appaiono come plasmodi multinucleati.

L'organismo isolato riproduce la malattia.

Conclusioni:

1° La polinevrite acuta febbrile è un'entità definita differenziabile da altre malattie del sistema nervoso, come la poliomielite.

2° È un'affezione diffusa del sistema nervoso che interessa il midollo spinale, i gangli spinali, e i nervi periferici, e minimamente la corteccia.

3° La lesione è essenziale delle cellule e fibre.

4° La malattia può essere trasmessa sperimentalmente dall'uomo alla scimmia, e le lesioni caratteristiche sono riprodotte nell'animale da esperimento.

5° Sia in casi umani che nelle scimmie inoculate è presente un virus.

6° La malattia può essere riprodotta nelle scimmie con inoculazioni di virus in coltura, e si può riottenere il virus dall'animale da esperimento.

Dott. LIVIA LOLLINI.

(8)

CHIRURGIA.

Le gastropatie dolorose e l'ulcera pilorica o duodenale nel corso dell'appendicite.

(I. C. ROUX. *Paris Médical*, n. 49, 7 dic. 1918).

È eccezionale che una crisi d'appendicite acuta evolva senza determinare un certo numero di disturbi gastrici; le nausee, i vomiti, i dolori epigastrici sono d'ordine banale e si perdono tra i sintomi più rumorosi della malattia primitiva.

Ma si può osservare qualche volta, sia in seguito ad una crisi acuta d'appendicite, sia nel corso di un'appendicite cronica, un insieme di manifestazioni gastriche che divengono predominanti e che sono state riunite sotto il nome di dispepsia appendicolare. Walther, Montais, Rastouil, Falaguier, Longuet, Siredey, Soltau Fenwick, Paterson, Moynihan, Lance si sono occupati successivamente di questo argomento.

Fra i disturbi digestivi consecutivi all'appendicite, variabilissimi in apparenza e in natura, due sorta d'accidenti sembrano collegarsi in gran parte con una patogenesi unica: le gastropatie dolorose e le ulcerazioni gastriche o duodenali.

Le gastropatie dolorose senza ulcerazione. — Si osserva questa varietà d'accidenti nel corso delle appendiciti subacute o delle appendiciti croniche. Le forme sono molto varie e si può constatare tutte le transizioni fra i fatti in cui la diagnosi è facile, con turbe digestive nettamente dipendenti da una lesione appendicolare, fino alle forme più strane in cui la lesione appendicolare è latente e domanda di essere ricercata.

Abbia o no preceduto una crisi leggera d'appendicite, i dolori alcune volte sono provocati da ogni ingestione alimentare e sopravvengono immediatamente dopo i pasti. Paterson ha notato questa apparizione rapida del dolore 7 volte sui 19 casi ch'egli ha studiati. Esiste qualche volta un indolenzimento permanente dell'epigastrio. Il dolore stesso può presentare certi caratteri abbastanza caratteristici; esso si irradia spesso verso la regione appendicolare.

In altri casi, il malato viene colto da dolori tardivi, che sopraggiungono qualche ora dopo i pasti. Si può allora credere all'esistenza di un'ulcerazione gastrica o duodenale; ma quando si tratta di un dolore riflesso senza lesione l'orario di questi dolori è meno fisso che nell'ulcera e l'ingestione di alimenti non li calma.

Allorchè esiste una pena o un dolore nella fossa iliaca destra, allorchè si rileva nel passato l'esistenza di piccole crisi ripetute d'appendicite, la diagnosi è facile. Ma non è sempre così e allora conviene, per precisare il sospetto che si può avere, procedere ad un esame molto accurato dell'addome.

L'esistenza d'un punto doloroso all'epigastrico e spesso alla regione ombelicale dimostra uno stato d'iperestesia dei plessi nervosi pre-aortici, sintomo banale che si osserva in molte circostanze e di cui conviene determinare la causa.

L'esplorazione della regione appendicolare deve sempre essere praticata metodicamente. Se la compressione della regione di Mac Burney non rivela niente di preciso, si potrà peraltro mettere in rilievo una sensibilità appendicolare anormale con qualche processo speciale.

Si può, secondo il consiglio di Taworski e Lapinski, esplorare la regione appendicolare, nel mentre il malato solleva la gamba destra di 15-20 centimetri al disopra del piano del letto: sullo psoas contratto e formante un piano duro si potrà più facilmente palpare l'appendice.

Si può ancora, come l'indica Berthomier, mettere il malato nel decubito laterale sinistro: l'esplorazione della regione cecale ne è facilitata e il punto di Mac Burney può divenire doloroso allor che l'esplorazione era indolore nel decubito dorsale.

Non si trascurerà lo studio delle leggere elevazioni termiche di cui il valore semeiologico è ben conosciuto.

Infine, la scomparsa di ogni sintomo stomacale dopo applicazione d'una borsa di ghiaccio nella regione appendicolare può anche permettere di verificare il punto di partenza dei riflessi dolorosi gastrici.

L'ulcera dello stomaco e del duodeno consecutiva all'appendicite. — La miglior prova che, nei casi ricordati, la gastropatia dolorosa non è che un disturbo funzionale legato alla presenza di un'appendicite cronica, è data dal miglioramento immediato degli accidenti gastrici dopo l'ablazione dell'organo malato.

Ma non è sempre così e in un certo numero di casi i disturbi gastrici, dopo l'appendicectomia, prendono un andamento sempre più netto e rivestono la caratteristica sintomatologia dell'ulcera dello stomaco o del duodeno. L'esame radioscopico, la ricerca delle emorragie latenti nelle feci, e qualche volta l'intervento necessario confermano che si tratta in questi casi di un'ulcerazione cronica.

La prima impressione che si ha, in tali circostanze, è che si tratta di una coincidenza fortuita di due lesioni nello stesso malato. Si pensa egualmente alla possibilità di un errore di diagnosi. Tuttavia la frequenza relativa di questi fatti (Mac Cart e Mac Grath) hanno trovato in 52 casi d'ulcera 26 volte lesioni d'appendicite cronica; Moynihan ha riscontrato su 62 casi d'ulcera del duodeno 25 volte lesioni appendicolare; Dubard le ha trovate in 33 dei 100 malati operati di ulcera pilorica, il che non permette affatto di pensare ad una pura coincidenza; l'errore di diagnosi è poco verosimile allorchè l'attenzione è fissata su questo punto, e sembra più ragionevole ammettere che l'appendicite cronica, causa determinante di certe gastropatie dolorose, può anche, in altre condizioni, far insorgere una lesione gastrica.

Qualche volta i sintomi d'ulcera succedono rapidamente alla crisi d'appendicite; qualche altra volta al contrario l'evoluzione è molto lenta e solo dopo qualche mese o qualche anno i sintomi gastrici, comparsi al momento della crisi appendicolare, acquistano tutti i caratteri dell'ulcera gastrica o duodenale. Qualche volta i dolori caratteristici dell'ulcera duodenale o pilorica si stabiliscono subito dopo l'attacco di appendicite; qualche volta invece precedono mesi di malessere digestivo assai vago, che l'ablazione dell'appendice non fa scomparire.

Non è sempre facile di fare la distinzione fra una gastropatia dolorosa riflessa e un'ulcerazione gastrica o duodenale consecutiva all'appendicite. Moynihan, che ha molto insistito su questi fatti, riporta anche alcuni casi in cui i dolori gastrici d'origine appendicolare s'erano accompagnati ad ematemesi, e in cui l'operazione non permise di constatare alcuna lesione dello stomaco o del duodeno.

Come si possono interpretare le relazioni, fra gli stati infiammatori dell'appendice e le turbe gastriche descritte? Per quello che è delle gastropatie dolorose senza ulcerazione, un certo numero di studi e d'osservazioni ci permette di comprendere la natura degli accidenti.

L'iperestesia permanente del plesso solare è un fenomeno banale nei malati che presentano una reazione dolorosa sul tragitto dello stomaco o dell'intestino. Essa rende conto dello stato d'indolenzimento continuo della regione epigastrica di cui si lagnano molti malati.

Ma l'irritazione permanente dei nervi sensitivi e dei filetti nervosi centripeti provenienti dall'appendice determina nel medesimo tempo dei riflessi varî sulla muscolatura gastrica e sulle ghiandole della mucosa. Infatti, pare assodato che l'irritazione dell'appendice possa provocare uno spasmo riflesso del piloro. Heldblom e Cannon hanno constatato sul gatto che una irritazione artificiale del ceco ritarda enormemente l'evacuazione dello stomaco. Alcuni chirurgi (Moynihan, Mayo), al momento dell'operazione, hanno direttamente osservato che questo spasmo riflesso può diventare così intenso da provocare la stasi gastrica.

La secrezione gastrica può essere egualmente modificata, nel senso di una ipersecrezione continua di succo gastrico.

Lo spasmo del piloro, che deve aggravarsi dopo l'ingestione degli alimenti, spiega bene i dolori,

qualche volta intensi, di cui gli ammalati si lagnano immediatamente dopo l'ingestione degli alimenti. Quanto all'iperclоridria, essa deve avere una parte nei dolori tardivi dopo i pasti che si osservano in certi casi di appendicite.

Per quel che riguarda le lesioni della mucosa lo spasmo del piloro associato ad una ipersecrezione continua di succo gastrico può bastare a provocarne l'insorgenza. Questi sono i due fattori spesso invocati per spiegare lo sviluppo dell'ulcera gastrica.

Ma si conoscono anche altre cause adiuvanti. Le emorragie gastriche o intestinali sono uno degli accidenti che si possono osservare nel corso di una appendicite acuta o anche di un'appendicite cronica; esse possono succedere ad una necrosi emorragica tossica della mucosa, ad un'embolia retrograda nel sistema portale di un coagulo proveniente dalle vene dell'appendice, ad un' embolia microbica nella parete del duodeno con conseguente ulcerazione acuta. Secondo La Roque, ogni infezione da batteri, proveniente da una regione drenata dalla vena porta (appendice, colon), invia colonie batteriche nel fegato. Il sangue subisce in quest'organo una vera filtrazione; i batteri sono eliminati per la bile e possono raggiungere ed attaccare la mucosa duodenale.

Ma quale che sia il modo di origine delle lesioni gastriche, i soli fatti importanti e che sembrano indiscutibili sono da una parte che certi dolori gastrici ribelli hanno il loro punto di partenza da una lesione appendicolare talvolta difficile a mettere in evidenza, dall'altra parte che questi dolori sono qualche volta sintomatici di un'ulcera gastrica o duodenale, che può succedere più o meno presto alla lesione appendicolare.

B. MASCI.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Osservazioni anatomo-patologiche su 90 autopsie di influenzati.

Prof. SOCIN (1).

Il prof. Socin comunica alla Società Vodese di medicina, le sue osservazioni su 90 autopsie di morti d'influenza.

I primi decessi sono avvenuti al principio di luglio e hanno raggiunto il massimo alla fine dello stesso mese; in agosto divengono più rari, settembre non dà che casi isolati, ottobre marca una piccola recrudescenza, ma di breve durata.

I casi di morte predominano in modo notevole su persone dai 20 ai 40 anni.

La divisione, secondo il sesso, dà il seguente risultato: tra i 20 e i 30 anni, 25 uomini e 8 donne, fra i 30 e i 40, 27 uomini e 9 donne. Anche deducendo i casi di morte fra militari, si constata che l'uomo è più esposto della donna, alle complicazioni polmonari così sovente mortali.

INFLUENZA PROPRIAMENTE DETTA.

Su 90 casi si hanno solo due decessi dovuti all'influenza propriamente detta.

Il primo caso, nel quale i sintomi cerebrali avevano predominato, manifestò delle emorragie cerebrali puntiformi, multiple. Queste lesioni che si riscontrano anche in altre intossicazioni (salvarsan), sono dovute ad alterazioni vascolari, trombosi ialine, fibrinose.

Il secondo caso, che aveva presentato una forte emoglobinuria, non rivelò alcuna lesione macroscopica. Le alterazioni istologiche per contro erano evidenti: traccie d'ematuria, cilindri di pigmento sanguigno nei canali retti. Nessuna alterazione netta dei glomeruli.

In entrambi i casi il malato è morto d'intossicazione generale.

Le alterazioni vascolari sono la norma. L'iperemia delle vie respiratorie, la tracheite, la bronchite acuta mancano raramente. Si hanno anche alterazioni della pia madre, della sostanza cerebrale e del midollo allungato. Il liquido encefalo rachidiano è aumentato, si forma una vera menengite sierosa che fa gonfiare la dura madre all'apertura del cranio.

Il liquido encefalo rachidiano è sempre limpido, la sua dose d'albumina non è aumentata, gli elementi figurati neppure. È una semplice ipersecrezione dovuta all'alterazione dei vasi.

La mucosa dello stomaco è pure iperemica, ed è la sede di emorragie puntiformi che in certi punti confluiscono e formano delle placche emorragiche sovente ulcerate.

Due casi presentavano una emorragia molto estesa della mucosa cecale. Clinicamente era il quadro d'una appendicite acuta, l'operazione ha dimostrato nei due casi i segni di una tiflite acuta e d'una appendicite catarrale.

Quale è la causa di queste emorragie nei diversi organi? Sarà forse la conseguenza delle alterazioni cerebrali? Si può ammettere questa origine per le erosioni dello stomaco. La tracheo bronchite sembrerebbe invece doversi attribuire all'infezione diretta.

L'influenza per sè stessa non è molto pericolosa e raramente è mortale, gli accidenti gravi sono dovuti alle sue complicazioni.

COMPLICAZIONI SECONDARIE.

Polmonite. — Essa è generalmente molto estesa, colpiti i due lobi inferiori per intero, e qualche volta parzialmente i lobi superiori. Al ta-

(1) Comunicaz. alla Società Vodese di med.

glio il tessuto polmonare è infiltrato in modo diffuso, alla raschiatura si raccoglie un liquido ancora leggermente spumoso. L'infiltrazione non è dunque completa, benchè presenti l'aspetto di una polmonite lobare.

La polmonite influenzale dura due giorni oppure otto, presenta sempre lo stesso quadro clinico, aspetto grigiastro come alla fine dell'epatizzazione rossa.

Essa non si evolve, non c'è risoluzione. L'organismo non reagisce nello stesso modo come nelle polmoniti ordinarie. Generalmente essa è lobare e comincia con dei piccoli focolai che invadono rapidamente il lobo intero, a volte si formano dei piccoli focolai miliari di suppurazione che non tardano a confluire ed a formare dei grossi ascessi con larghe distruzioni del tessuto polmonare. Si osserva qualche raro caso di polmonite purulenta durante la quale il polmone si trasforma in un solo ascesso.

RELAZIONI FRA L'INFLUENZA E LA TUBERCOLOSI.

Si sarebbe creduto che il tubercoloso, diminuito nella sua resistenza, sarebbe stato una facile preda al microbo dell'influenza. Ma al contrario esiste un certo antagonismo tra la polmonite influenzale e la tubercolosi. La polmonite è generalmente poco estesa, raramente lobare. Non si segnalano alterazioni negli altri organi. La milza sola richiama la nostra attenzione. Essa ci colpisce pel suo piccolo volume, in 43 casi su 90 le sue dimensioni erano sensibilmente sotto la media. Si tratta d'una distruzione, d'una atrofia del tessuto splenico.

Fu dimostrato che le antitossine s'accumulano nella milza, queste sostanze probabilmente sono prodotte dalla milza.

CONCLUSIONI.

Il più gran numero dei decessi sono provocati non dall'influenza, ma da un'infezione secondaria dovuta al pneumococco. In 53 casi su 80 si è trovato il pneumococco in cultura pura molto più numeroso che nella polmonite, in qualche caso il bacillo di Pfeiffer vi era associato, in 4 casi soltanto era solo.

Perchè il pneumococco si sviluppa in così gran quantità? Da un lato l'intossicazione influenzale diminuisce la resistenza del polmone, da un altro lato la tracheo-bronchite predispone alla infezione. Normalmente il tessuto polmonare è sterile, ed è possibile che l'influenza sopprima questo potere di difesa. I movimenti delle ciglia vibratili sarebbero pure aboliti, ciò che permetterebbe ai microbi di discendere più facilmente.

Perchè l'organismo non reagisce? Perchè questi microorganismi poco virulenti sono capaci di produrre di tali disastri? Il prof. Socin pensa che questo fatto si debba allo stato della milza atrofizzata dall'intossicazione. La debole reazione leucocitaria nel polmone, la rarità dei casi di pleurite, mostra la poca virulenza di questi cocchi. L'infezione però si estende all'intero polmone perchè la difesa che s'organizza nella milza è abolita. Forse si potrebbe arrivare a risvegliare la funzione della milza con delle iniezioni di salvarsan, d'argento colloidale, oppure di tubercolina o anche di pneumococchi morti.

(Lugano).

M. CARPI.

QUESTIONI DEL GIORNO.

La vaccinazione antivaiuolosa.

L'infezione vaiuolosa, che nel triennio 1914-1916 non aveva dato in Italia che 2126 casi con 57 morti, ha ripreso in questi ultimi anni con una certa violenza, sparsa in focolai epidemici, da cui solo un'oculata e costante vigilanza della autorità sanitaria ha impedito un'ulteriore diffusione in paesi immuni.

La ripresa epidemica iniziatasi in quest'anno accenna però ad un aumento, chè dagli 82 Comuni infetti con 340 casi, nella seconda settimana di gennaio, siamo saliti a 141 Comuni con 943 casi nella prima settimana di marzo (nello stesso periodo del 1918 si aveavno pochi Comuni infetti con circa 80 casi per settimana). L'epidemia, nel suo complesso, non si è allontanata dalle regioni dapprima colpite, che forniscono tuttora il maggior numero di casi, mentre nelle altre regioni l'infezione si mantiene sempre con casi sporadici.

Il fenomeno però non è affatto limitato all'Italia, ma è diffuso in tutta Europa: esso appare legato alle condizioni di guerra ed ha il suo riscontro nella grave epidemia verificatasi dopo la guerra del 1870-71. Il focolaio principale di trasmissione nella guerra attuale è stata la Russia; i prigionieri hanno trasmesso la malattia alla popolazione civile tedesca. Le pessime condizioni igieniche in cui i prigionieri e le popolazioni deportate erano costretti a vivere sotto il giogo tedesco, hanno grandemente contribuito alla diffusione, sicchè ora il vaiuolo è epidemico in alcune regioni della Germania, in Austria, specialmente nella Galizia e nella Bosnia, si è largamente diffuso nei paesi del bacino del Mediterraneo, in Olanda, in Svezia, ed anche fuori d'Europa.

Davanti all'incombente minaccia, tanto più grave per noi, che, al pari della Spagna e della Francia, siamo più direttamente esposti anche

alla possibilità di contagio da parte dell'Africa settentrionale, è d'uopo correre senza esitazione ai ripari.

L'organizzazione dei servizi sanitari è tale da permettere una lotta realmente efficace contro la epidemia; essa abbisogna però della cooperazione volenterosa di tutti i sanitarî, che debbono spiegare nella loro benefica opera quella zelante attività che non può esser data da un'obbedienza passiva alle leggi, ma solo dalla ferma convinzione di fare opera utile.

Ora è un fatto che le lunghe e vivaci polemiche sulla vaccinazione, dilagate anche al di fuori del ceto medico, a cui abbiamo assistito per molto tempo, non sono certamente state le più acconce ad ingenerare nei medici e nei profani la fiducia in questo metodo di lotta. D'altra parte la stessa bassa percentuale dei casi di vaiuolo faceva sentire meno vivamente la necessità di continuare indefessamente la lotta contro una malattia che nei paesi civili si riteneva quasi debellata, tanto che una gran parte dei medici odierni non ne aveva mai veduto un caso. Si citava da noi l'esempio dell'Inghilterra in cui fioriva la lega antivaccinista... fondata da un generale, mentre all'estero, in pieno parlamento tedesco, si citava l'Italia come il paese in cui « la vaccinazione si eseguisce con molta intensità, mentre il vaiuolo è più diffuso che altrove, sicchè secondo il giudizio delle autorità mediche locali l'inutilità della vaccinazione si tocca con le mani ».

Ci sembra utile nel momento attuale esaminare, con il sussidio delle conoscenze moderne, quale sia la posizione che veramente spetti alla vaccinazione nella lotta antivaiuolosa e che cosa possiamo aspettarci da essa.

Trattasi in fondo di studiare se essa può considerarsi anzitutto come innocua e se essa possa riuscire veramente utile.

* * *

LA VACCINAZIONE È INNOCUA.

Gli antivaccinisti hanno largamente insistito sui danni che può portare la vaccinazione, dalla sifilide alle più gravi setticemie.

La trasmissione di sifilide, tubercolosi ecc., si poteva ammettere quando la vaccinazione si praticava con la linfa proveniente dall'uomo stesso (linfa umanizzata); ora che la linfa si ottiene solo dalla giovenca e che il perfetto stato di salute di questa viene controllato da persone competenti, un simile pericolo viene senz'altro escluso.

Rimane quindi la possibilità di infezioni locali o generali, da parte specialmente dei comuni piogeni. Nessun dubbio che la maggior parte di queste debba attribuirsi a modalità della vaccinazione, come l'affollamento in sale polverose, la scarsa accuratezza nella sterilizzazione della pelle, oppure ad incongrue cure successive: quante foglie di cavolo od impiastri ripugnanti sono stati applicati dalla volgare ignoranza! Si comprende del resto che stafilococchi e streptococchi, comuni abitatori della pelle, possano provocare un'infezione; ma questa non va posta a carico del vaccino, e noi dobbiamo cercare di evitarla in tutti i modi, con l'asepsi scrupolosa nella piccola operazione, con le cure razionali successive (applicazione di polveri essiccanti quando il liquido geme dalle vescicole), ed evitando di vaccinare individui con affezioni cutanee (eczemi, impetigine) in cui si possono avere facilmente vaccino generalizzato ed infezioni locali e generali.

Abbastanza frequente ad osservarsi, specialmente nelle rivaccinazioni, è una forma erisipelatosa circumpustolare, con risentimento gangliare, che si verifica verso l'ottavo giorno: tale forma però diminuisce in uno-due giorni d'intensità e guarisce spontaneamente.

Per quanto poi riguarda gli esantemi vaccinali, questi non presentano alcuna gravità e scompaiono rapidamente.

Basta conoscerne l'esistenza per diagnosticarli e tranquillizzare l'individuo che talora ne è ingiustamente allarmato.

I pretesi pericoli della vaccinazione si riducono dunque ai minimi termini quando essa venga fatta con cura, e si usi un buon vaccino. È evidente che questo, se non è preparato con somma accuratezza, può costituire un serio pericolo di infezione. La polpa vaccinica, di fatto, appena estratta, è ricchissima di germi che arrivano a centinaia di migliaia per grammo; ma viene poi sottoposta a processi di depurazione, sicchè risulta praticamente sterile: ottimi risultati in proposito ha ottenuto il Roseo, con il processo di depurazione rapida ai vapori di etere. Altri perfezionamenti sono stati proposti recentemente dal Camus. Ad ogni modo, l'Istituto produttore (ed in Italia ne abbiamo di ottimi da non invidiare nulla ai più rinomati dell'estero) esegue sempre i controlli necessarî per escludere specialmente la presenza di patogeni sporigeni (tetano, carbonchio) mentre poi un ulteriore controllo della partita viene eseguito nei laboratori della Direzione di Sanità pubblica.

In tali condizioni, si deve logicamente ritenere che il vaccino non possa presentare di per sè stesso alcun pericolo e che le eventuali complicazioni sono da ascriversi nella massima parte ad incuria o ad una speciale reattività del soggetto, che il medico deve sempre tener presente

per rimandare la vaccinazione a tempo più opportuno.

***

LA VACCINAZIONE È UTILE.

La vaccinazione deve dunque considerarsi come innocua: è dessa realmente utile? Mette conto sottoporsi ai piccoli disturbi, che essa provoca, nella fiducia o nella speranza di essere salvati dall'infezione vaiuolosa?

Dell'immunità lasciata dal vaiuolo e che dura tutta la vita, nessuno dubita; è in seguito a tale nozione che si è stabilita la pratica della vaiuolazione, che si segue ancora presso molti popoli, come p. e., in Abissinia, dove, secondo la pittoresca descrizione fatta dal Mozzetti, si compie con un cerimoniale rumoroso e tumultuoso. Ora dato che fra il virus vaccinale ed il vaiuolico non esista alcuna differenza di natura e di specie, come dimostrano anche le ricerche di Beclerc, si deve ammettere che ambedue lascino immunità, la quale sarà differente solo nella durata, come i due virus differiscono fra di loro nell'attività.

Le vedute teoriche sono poi largamente suffragate dai fatti, accumulatisi in più d'un secolo di esperienza. La diminuzione della morbosità e della mortalità per vaiuolo sono un fatto incontestabile; non solo, ma sono indubbiamente divenute più rare le ricorrenze epidemiche, mentre la malattia in complesso ha perduto alquanto il carattere di gravità. Ma un altro carattere ha perduto il vaiuolo in conseguenza della vaccinazione: esso veniva un tempo considerato come una malattia peculiare all'infanzia, al pari del morbillo, della pertosse, ecc.; orbene esso invece ora è rarissimo nei primi anni di vita, appunto per l'immunità lasciata dalla vaccinazione, che nei bambini si esegue con discreta regolarità (in Italia vengono vaccinati circa l'80 % dei nati).

A differenza però dell'immunità lasciata dal vaiuolo, quella della vaccinazione non dura per tutta la vita: è questo un punto di accusa da parte degli antivaccinisti, i quali hanno dapprima attaccato l'efficacia della vaccinazione dimostrando l'esistenza di vaiuolo fra i vaccinati, e poi prospettando la necessità di continue rivaccinazioni.

Certamente la rivaccinazione è necessaria poiche l'immunità vaccinale non dura più di 6-10 anni; uno studio accurato di Gins su questo argomento ha dimostrato che gli esiti positivi delle rivaccinazioni vanno aumentando con l'età, e sono del 10 % sotto i 10 anni e del 63 % oltre i 40. In questa curva si nota però uno sbalzo verso i 10-12 anni, in cui la percentuale degli esiti positivi sale verso il 28 %, percentuale che non si ritrova negli adulti che verso il 30° anno, cioè circa 18 anni dopo la rivaccinazione; ne consegue che la rivaccinazione che si pratica verso i 12 anni (obbligatoria in Germania) conferisce una immunità più solida che la vaccinazione praticata alla nascita.

Ora le statistiche dei casi di vaiuolo ci dicono appunto che la malattia si osserva nei periodi in cui l'immunità vaccinale è bassa, quindi con la rivaccinazione verso i 10-12 anni ed oltre i 40, si hanno le maggiori probabilità di evitare gran parte dei casi di vaiuolo.

Riteniamo inutile riportare a comprova dell'utilità della vaccinazione, le solite statistiche, che si ritrovano in tutti i testi di epidemiologia. Non vogliamo però trascurare un fatto che ha il valore di un esperimento scientifico e che può nettamente paragonarsi ai primi sperimenti convincenti di Jenner e di Sacco, che facevano coabitare i vaccinati con vaiuolosi ed innestavano loro il pus dello stesso vaiuolo. Il fatto a cui accenniamo è stato osservato dal Mozzetti e pubblicato nel 1908 sul Boll. della Società italiana di medicina coloniale. Egli aveva praticato ad Adua la vaccinazione sopra gran parte della popolazione indigena: ma siccome si era verificata nelle vicinanze una epidemia di vaiuolo, e per la mancanza di pus vaccinico, non era stato possibile eseguire la vaccinazione di tutti gli individui, gli indigeni ricorsero al loro solito metodo della vaiuolazione, da cui non rimasero esclusi quelli antecedentemente vaccinati. Orbene, *in nessun vaccinato l'innesto sottocutaneo vaiuoloso produsse il suo proprio effetto, a differenza di quel che fu veduto contemporaneamente succedere in individui prima non vaccinati, trovantisi nello stesso paese e nelle identiche condizioni.*

Davanti a fatti così chiari ci sembra che non si possa avere la menoma esitazione nel riconoscere l'efficacia della vaccinazione, la quale ha anche il vantaggio di imprimere al vaiuolo un decorso più mite, sicchè solo dopo che essa è entrata nell'uso, si è riconosciuta la forma morbosa a cui si è dato il nome di vaioloide, la quale non è altro che un vaiuolo attenuato per vaccinazione pregressa. Allo stesso modo le vaccinazioni antitifiche hanno alterato il quadro della tifoide, imprimendole un carattere di benignità.

***

L'ESEMPIO DELL'INGHILTERRA.

Si è più di una volta citato contro la vaccinazione l'esempio dell'Inghilterra, paese a minima morbosità per vaiuolo, ed in cui gli anti-

vaccinisti sono numerosi, tanto che nel 1898 è stata abolita la vaccinazione obbligatoria. Si cita poi l'esempio di Leicester che si era sempre rifiutata di aderire alla legge sulla vaccinazione obbligatoria.

Anzitutto non è esatto che a Leicester non si siano mai compiute vaccinazioni: ad esse si è sempre ricorso in caso di infezione vaiolosa in atto, integrando questa misura con quelle precauzionali per l'isolamento dei malati, dei sospetti, dei contatti, ciò che implicitamente vale a riconoscere l'efficacia della vaccinazione. Lo stesso ufficiale sanitario di Leicester (C. K. Millard) ha pubblicato una monografia sulla vaccinazione, con suggestive fotografie, che dimostrano il valore di questa misura e che sono riprodotte dal Belfanti in una sua recente conferenza sullo stesso argomento.

In tutta l'Inghilterra, del resto, la vaccinazione, cacciata per la porta, rientra dalla finestra: una circolare del 28 agosto 1914, riconoscendo che « la propagazione del vaiuolo può essere efficacemente prevenuta dalla vaccinazione », ordina nel caso di epidemia « la vaccinazione di tutti gli individui non vaccinati, abitanti nel distretto, e la rivaccinazione degli adulti e degli adolescenti, che non siano stati rivaccinati con successo ». Tali disposizioni sono state più tardi ribadite con altre analoghe: così nella primavera del 1918, in occasione di alcuni casi di vaiuolo verificatisi a Londra, *The Lancet*, in un articolo editoriale, consigliava che fossero continuate, nell'interesse pubblico ed individuale, le vaccinazioni e rivaccinazioni, fatte in gran numero nelle settimane antecedenti, ed informava che gli uffici ed i laboratori governativi avevano disposto per l'immediata rivaccinazione di tutti gli individui rivaccinati da troppo tempo, e per i quali i segni della pregressa vaccinazione non fossero evidenti.

Dunque non mancanza di fiducia nel metodo, non timore di danni immaginari hanno mai trattenuta l'Inghilterra dall'applicare su larga scala la vaccinazione, quando se ne è presentato il bisogno, ma la sicurezza di una organizzazione sanitaria perfetta, di una coscienza igienica elevata, le permettono di ricorrere a questo mezzo solo in caso di necessità.

Davanti all'incombente minaccia che l'epidemia vaiuolosa dilaghi nella penisola, ogni esitazione è delittuosa e tutti noi abbiamo il dovere di cooperare a diffondere nelle masse la ferma fiducia nella vaccinazione, in quest'arma indubbiamente efficace contro la temibile infezione.

A. FILIPPINI.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE MILITARE DI RISERVA IN BERGAMO.

La gangrena gassosa ed il flemmone gangrenoso

per il Capitano medico dott. P. GILBERTI
Chirurgo capo reparto.

All'assioma del Salleron « la gangrena gassosa è incurabile » fa stridente opposizione la brillante statistica del Quénu: « nove casi trattati collo sbrigliamento e coll'aria calda sono stati coronati da nove esiti favorevoli ».

Io mi domando se ciò non è da attribuire alla confusione che è stata fatta e si è voluta fare, fra la gangrena gassosa ed il flemmone gangrenoso la cui sintomatologia è difficilmente differenziabile mentre la prognosi è piuttosto ben diversa.

Le due entità nosologiche devono assolutamente venir distinte ed ho ritenuto essere dover nostro raccogliere rilievi oggettivi ed impressioni per ogni caso che cade sotto la nostra osservazione onde si faciliti sempre più allo studioso di modificare, perfezionare, integrare ciascun quadro sintomatico e diagnostico a cui corrispondono diversità di trattamento nel tempo e nella misura.

Io ho potuto portare la mia attenzione sopra una quarantina di casi; materiale cospicuo sul quale non avrei potuto far a meno di riferire.

Spiacemi non potendo esporre le indagini di laboratorio, dovrò trascurare la parte batteriologica di questa forma: riferisco quindi esclusivamente sull'anatomia patologica, sulla clinica e particolarmente sulla terapia che è sempre l'elemento principale per ogni argomento trattato dal pratico.

Rinunzio anche per brevità a riportare le storie cliniche dei miei operati perchè man mano che andrò esponendo le idee sull'eziologia, sulla patogenesi, sulla anatomia patologica rilevata dall'autopsia dei pezzi asportati, sulla prognosi, sulla sintomatologia, sulla cura e sull'esito, ripeterò i cenni riferentesi ai casi da me osservati, poichè non saprei decidermi a scegliere tra tutte le storie cliniche quelle più interessanti. Non è il singolo caso che mi interessa, ma è tutto il gruppo, è la totalità dei casi su cui ho riportato le impressioni che qui desidero riassumere.

***

Dal più al meno ho osservato che in tutti i casi le ferite erano contuse, larghe, profonde, interessanti quasi sempre anche l'osso; ferite più facili a venire inquinate e ad essere imbrattate da materiale estraneo fra cui pezzi di stoffa

e terriccio specialmente adatto a trasportarvi i microrganismi gasogeni. Sopra 40 casi, 32 appartenevano alla fanteria. Questo particolare è da notarsi fra i rilievi interessanti perchè la forma in parola essendo causata, come ho accennato, dai microbi gasogeni, la percentuale maggiore sarà rappresentata da quei soldati fra i combattenti le cui condizioni igieniche sono peggiori, come appunto avviene nei riguardi del soldato che sta in trincea, nel fango ed in contatto con ogni sorta di immondizia.

Altra notevole osservazone: In 34 casi il processo gangrenoso aveva interessati gli arti inferiori, in 6 gli arti superiori. È questo un'altro rilievo che fu pure raccolto da altri che diedero grande importanza nei riguardi eziologici al fatto che le condizioni igieniche della metà inferiore del corpo dei soldati in genere, di trincea in modo speciale, sono peggiori di quelle già tristi del tronco, della testa e degli arti superiori.

Osservo finalmente che le ferite con fratture sono più soggette all'infezione gassosa perchè le schegge d'osso contundono maggiormente i tessuti disturbandone la nutrizione e la vitalità.

***

Il flemmone gangrenoso è sostenuto dagli aerobî di cui lo streptococco è quello che più comunemente appare: gli aerobî si associano più particolarmente in un periodo inoltrato aggravando il male, mentre la gangrena gassosa è effetto di speciali anaerobî necrotizzanti e produttori di gas.

Il vibrione settico di Pasteur mantiene in proposito il suo posto di speciale importanza non essendo stata dètta ancora l'ultima parola sulla parte più o meno importante che nel processo settico gangrenoso vi possono avere il gazbazillus di Fränkel, il bac. aedematiens di Weinberg e Séguin o il perfrigens acuto di cui si è occupato molto in Italia il Belfanti. Dai singoli interventi e dalle singole autopsie eseguite sui pezzi escono le conclusioni anatomopatologiche cui ho accennato in principio. La distinzione tra gangrena gassosa e flemmone gangrenoso deve venir rispettata. Il focolaio iniziale dell'infezione è muscolare; le fibre del muscolo assumono un colorito caffè chiaro, tutta la parte carnosa mostrasi asciutta e spremendola esce una schiuma verdastra dovuta a liquame commisto ad aria. A questo fatto mi richiamerò a proposito della sintomatologia.

Alcuni hanno messo avanti la questione che il processo iniziatosi nel muscolo e che nel muscolo progredisce; viene diffuso dal liquido sierotorbido che esce dalla compagine delle fibre muscolari o dal gas che è la produzione diretta della sua fermentazione.

E si è risposto che il gas per se stesso ha poca importanza quale veicolo di infezione, mentre l'essudato gangrenoso che porta con sè gli agenti dell'infezione rapidamente si espande e dove passa semina nuovi focolai da cui si origina un novello rifornimento di gas. Questo deve essere notato per l'importanza che può avere nei riguardi della terapia operativa. Il muscolo procedendo nell'aggravamento delle sue condizioni, raggiunge ben presto l'aspetto vinoso nerastro e finalmente necrotico. I muscoli vicini seguono la stessa sorte; tutto intorno, come esponente di una forte reazione, vi è esteso ed abbondante edema: i tessuti in genere prendono parte a questa distruzione e si vedono appunto dei punti di escavazioni necrotiche o meglio di ulcerazioni necrotiche da cui esce parimenti liquame e gas sotto forma di abbondante schiuma.

In contrapposto a queste alterazioni alcune volte ho constatato una forma in cui essendo quasi nullo l'essudato liquido, prevale il gas. I tessuti qui sono asciutti, secchi, elastici, conservano il solito colore di caffè chiaro, ma con scarsi focolai necrotici a tipo ulcerativo.

Forse mai ho constatato la generalizzazione a tutta la massa muscolare di un arto. Qualche loggia si salva in virtù di un alto grado di resistenza presentato dalle fasce aponeurotiche che al più rinvenni di un colorito verdastro e in piccola parte sfibrate. La via più comune di propagazione del processo gangrenoso è rappresentata dagli spazi perivasali. Le alterazioni che maggiormente interessano il pratico sono però quelle della cute e del connettivo sottocutaneo, perchè le macchie dai valori colori col loro modo di distribuzione e di estensione, costituiscono i caratteri esterni e di prima rilievo per la diagnosi della forma in parola.

L'osso non prende parte all'infezione gassosa, al più è sede della solita osteomielite acuta da piogeni.

Dalle singole osservazioni fatte confrontando caso per caso, trattamento ed esito, sindrome e prognosi, ho fatto tesoro dei fatti principali e raccogliendoli in uno specchietto, ho tentato di schematizzare il quadro delle 3 infezioni gassose che in regola di maggiore gravità si dicono:

Flemmone gangrenoso	Gangrena gassosa	Setticoemia gangreno-gassosa

SINTOMI COMUNI.

Variazioni di colorito della cute: pallore della cute con intenso marezzamento venoso — colorito giallo-verdastro sbiadito — muscoli tumefatti grigiastri con vaste zone di mortificazione dei tessuti.

Tumefazione ed edema della parte.
Crepitio sottocutaneo.
Segno della spugna (schiuma verdastra alla spremitura).

SINTOMI RILEVABILI COLLA RADIOLOGIA.

Il gas prende l'aspetto di:

a) un accumulo di macchie tondeggianti;	a) fine stiratura nei muscoli;
b) talvolta isolate;	b) struttura reticolare nel sottocutaneo;
c) più spesso unite o sovrapposte irregolarmente.	c) strisce chiare longitudinali negli interstizi muscolari.

SINTOMI DIFFERENZIALI.

Enfisema sottocutaneo o manca o è circoscritto.	Enfisema assai diffuso a tutta la zona di colore anormale o anche oltre.	Impressione di eccessiva gravità.
Tumefazione tesa, dolente.	Scarso dolore.	
Presenza di pus aerato piuttosto scarso.	Assenza di pus, liquame sierotorbido o essudato denso, scarso, abbondante.	
Odore scarso percepibile solo odorando vicino al focolaio.	Odore acuto, nauseabondo. penetrante, intenso.	
Temperatura elevata.	Temperatura elevata.	I sintomi sono tutti più accentuati.
Polso valido scoccante, ma non molto frequente:	Polso piccolo regolare.	
Respiro regolare frequente.	Respiro frequente. Dispnea.	
Psiche integra (disinteressamento).	Agitazione, delirio. Sensorio depresso.	Viso pallidissimo, cereo, subitterico; occhiaie affondate, occhio senza vita, cianosi, lineamenti stirati.
Lingua secca, tossiemia grave in periodo inoltrato.	Lingua arida, tossiemia grave fin dall'inizio.	Lingua nerastra, asciutta, depitelizzata. Tossiemia gravissima.

Lesame radiografico è mezzo di diagnosi di gran valore poichè non solo mette in rilievo la presenza del gas nei tessuti, ma ne stabilisce anche il suo limite d'estensione e quindi l'entità del processo gangrenoso.

Credo che i primi a rilevare colla radiografia la presenza del gas nei tessuti fossero il Pieri e il Veronesi fin dal 1916.

Dobbiamo anzi a loro lo studio dell'immagine radiografica che doveva portare il radiologo a differenziare la gangrena dal flemmone. Ma il pregio del reperto radiologico non si esaurisce punto a questi vantaggi, perchè talvolta è l'unico, l'esclusivo rilievo positivamente indiscutibile per la diagnosi della forma gassosa, quando cioè essa è sfuggita all'indagine coi soliti mezzi chimici e si rileva dirò quasi di sorpresa durante lo studio di una frattura o la eventuale ricerca o la localizzazione di un proiettile nei tessuti.

* * *

La prognosi varia a seconda della forma.
Nel flemmone gassoso — relativam. buona sia per la vita che per la parte.
Nella gangrena gassosa — riservatissima.
Nella setticoemia gangreno-gassosa — infausta.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Associazione medico-chirurgica di Palermo.

Seduta del 22 marzo 1919.

Presiede il prof. G. PARLAVECCHIO, vice-presidente.

Le nefriti di guerra.

Dott. MICHELE LOMBARDO. — L'O. tratta di questa forma clinica, la quale per taluni è intimamente connessa alla guerra ed alle sue dirette conseguenze, per altri invece è la comune nefrite *a frigore*, sviluppatasi più frequentemente nei militari per le svariate cause predisponenti cui sono andati incontro pel servizio prestato, specialmente in zona di operazioni.

Riporta le statistiche dalle quali risulta tale forma morbosa essere stata più frequente col prolungarsi delle ostilità, ed essersi sviluppata più facilmente nei soldati specialmente anziani, meno facilmente presso gli ufficiali.

Ricorda le svariate cause etiologiche messe avanti: le fatiche di guerra, che diminuiscono la resistenza del rene verso le infezioni e le intossicazioni; le cause perfrigeranti; l'alimentazione prevalentemente carnea; l'uso clandestino di sostanze capaci di ledere il filtro renale; l'alcoolismo; le vaccinazioni profilattiche; e tra le

infezioni specialmente quelle date da cocchi, b. tifosi e paratifosi, virus ultramicroscopici e spirochete.

Accenna alle lesioni anatomo-patologiche ed all'andamento clinico della malattia, alle cospicue ematurie ed albuminurie spesso riscontrate, ai mezzi d'indagine per la diagnosi e per la prognosi: prova della concentrazione massima, prova dell'acqua, ricerca della costante ureo-secretoria e della eliminazione dei cloruri.

Conclude dicendo: Non bisogna considerare la nefrite di guerra come una malattia a sè, essenzialmente diversa dalle comuni nefriti, poichè, tanto la sintomatologia, che le lesioni anatomo-patologiche, mostrano una perfetta identità con le comuni affezioni renali, più spesso con la glomerulo-nefrite.

Molteplici debbono essere i fattori etiologici da considerarsi, sia come predisponenti, che come determinanti: le cause perfrigeranti in genere, i disagi e le fatiche di guerra, le varie intossicazioni e specialmente l'alcoolica e la nicotinica, l'alimentazione prevalentemente carnea, l'età, i precedenti morbosi, le albuminurie latenti, ecc. Un posto speciale occupano le infezioni in genere, da batteri, da spirochete, senza, però, attribuire maggiore importanza più ad una che ad un'altra categoria di germi.

Per formulare la prognosi, è da notare che bisogna principalmente basarsi sui risultati dell'esame funzionale, e che, se d'ordinario è fausta *quoad vitam et valetudinem*, c'è sempre da temere o il passaggio ad uno stato sub-cronico, o addirittura cronico, oppure l'insorgere più o meno tardivo di un tale stato, poichè l'organo resta più o meno vulnerato.

Dott. A. VENZA. — Si associa alle conclusioni del dott. Lombardo; non crede, però, che possa farsi circa le alterazioni anatomo-patologiche, una distinzione minuta tra lesioni glomerulari e tubulari, poichè, come tra i primissimi sostenne il professore Giuffrè sin dal 1885, e come ha potuto osservare l'O., le lesioni del rene sono sempre diffuse. Riconosce che tra i metodi d'esame funzionale i migliori sono quelli della C. M. e dell'acqua, ma non scevri di difficoltà tecniche e di cause di errore; ha avuto invece ottimi risultati, specialmente per formulare la prognosi, con la ricerca dell'azotemia e della ritenzione dei cloruri.

Prof. G. ARNONE. — Riconosce che non è il caso di creare una nuova entità morbosa; riporta alcuni casi venuti alla sua osservazione nell'Ospedale Militare Principe Umberto, di cui uno secondario a vaccinazione antitifica, e in cui si ebbero fatti di pericardite essudativa.

L.

Accademia medica di Perugia:

Adunanza del giorno 12 aprile 1919.

Presidente prof. C. RIGHETTI.

Osservazioni cliniche, ricerche bacteriologiche e serologiche durante un'epidemia di dermotifo.

Prof. G. FICAI (Arezzo). — L'O. dice subito che l'epidemia, la quale forma argomento di questa comunicazione, è da considerarsi prodotta da un virus attenuato; ma altre simili epidemie sono state descritte, come ad es. quella osservata nel 1915 a Cagliari dall'Ottolenghi.

L'O. il 10 febbraio 1919 fu invitato a prelevare sangue da militari ammalati che provenivano da un campo di concentramento di prigionieri reclusi. Gli ammalati erano allora 22, il giorno 16 febbraio questo numero si era elevato fino a 42. Tutti si erano ammalati nello stesso modo: esordio brusco, nel più completo benessere; la temperatura raggiungeva subito i 39°,5 i 40° e più; in alcuni si manifestava rapidamente delirio; i più cadevano in uno stato di grande prostrazione di forze, di stupore, di profonda apatia; mancava in tutti qualunque fenomeno bronco-polmonare; esistevano in parecchi piccole macule, piccole emorragie specie in corrispondenza della cintura scapolare, della grandezza d'una capocchia di spillo. Il quadro morboso suggeriva il sospetto del dermotifo.

Soltanto sulla fine di febbraio l'O. potè avere dal Laboratorio d'Igiene dell'Istituto di Studî Superiore di Firenze, due campioni di Proteus X_{19} uno proveniente da Vienna e l'altro da Trieste.

L'O. crede utile preporre alcune osservazioni cliniche relative all'epidemia da lui studiata. Si riferiscono a 58 casi. L'inizio brusco, l'abbattimento profondo, il sensorio ottuso, la grande apatia, una speciale lucentezza degli occhi in diversi casi, la lingua secca d'un colorito rosso vivo, un'accentuata secchezza della pelle, tendenza alla stipsi: son questi i sintomi che appaiono di regola. Soltanto nella quarta o nella quinta giornata appare l'esantema. L'esantema è caratterizzato da piccole chiazze di un colorito rosso, o rosso-vinoso, a contorno frastagliato, chiazze che possono divenire petecchie. Compare agli arti superiori, agli arti inferiori, al torace, all'addome, al dorso, generalmente dov'è maggiore l'attrito per il decubito; mai alla faccia; nel palmo della mano soltanto dopo applicazione del laccio l'O. ha visto comparire macchie bleuastre.

L'applicazione del laccio rende l'esantema più evidente e fa spesso apparire l'emorragia.

Non c'è relazione fra gravità di malattia ed esantema, che appare talvolta anche dopo caduta la febbre: in un caso apparve 24 ore dopo.

In due casi la malattia decorse senza esantema.

La curva termometrica presenta, raggiunta bruscamente un'alta temperatura, lievi remissioni e poi la caduta per crisi o per pseudocrisi. La febbre si mantiene elevata per un numero di giorni variabile; di solito sette, otto giorni, ma in un caso fino al ventesimo giorno.

L'O. osservò spesso perdita d'urine e di feci.

Le urine dimostrarono segni di nefrite acuta.

Non fu metodicamente ricercata la formula leucocitaria.

Nella *convalescenza* si vede facilmente tremore: i pazienti camminano nei primi giorni come atassici. Hanno grave torpore, apatia. Gli infermieri debbono scuoterli da questo stato per far loro prendere cibo.

Come *complicanze* l'O. ha osservato in due casi suppurazione della parotide destra: il pus conteneva streptococci. In un paziente in 6ª giornata ha avuto enterorragia seguìta da morte.

L'O. espone in seguito le nozioni ultimamente acquisite intorno a questa infezione, e si ferma sulle ricerche da lui compiute.

L'O. operando coi due campioni di Vienna e di Trieste ha osservato che il Proteus X_{19} si sviluppa bene in terreni neutri, che culture giovani sono meglio agglutinabili di culture vecchie, che lo scarso potere agglutinante dei primi giorni di malattia sale rapidamente fino a raggiungere cifre molto elevate, che l'invecchiamento del siero gli toglie potere agglutinante. Un siero agglutinante $^1/_{8000}$ dopo due mesi era agglutinante soltanto $^1/_{4000}$.

Dei 58 ricoverati l'O. ha fatto ricerche sistematiche su 46. Per ogni malato ha ripetutamente provato il potere agglutinante del siero per il *Proteus* X_{19} — *B. d'Eberth* — *Paratifo A* — *Paratifo B.* — *M. melitense.*

Su 46 casi ha avuto 46 sierodiagnosi positiva per il *Proteus* X_{19}: dall'$^1/_{100}$ all'$^1/_{12000}$.

Per il *B. d'Eberth* 18 volte: da $^1/_{100}$ a $^1/_{200}$.

Per il *Paratifo A* 6 volte: da $^1/_{50}$ a $^1/_{200}$.

Per il *Paratifo B* 4 volte.

Per il *M. melitense* 11 volte: da $^1/_{50}$ a $^1/_{200}$.

In 17 casi ha praticato la *prova del Wassermann.* Questa prova è stata positiva in *nove* casi, incerta in *tre*, negativa in *cinque*.

L'O. in *quattro* casi ha praticato anche la reazione proposta dal *Bettmann*: forte intorbidamento del siero per aggiunta di acqua distillata (1:10). In *due* casi la reazione è stata fortemente positiva.

L'O. ha studiato la curva del potere agglutinante per il Proteus X_{19}, ed ha visto un certo parallelismo colla curva del potere agglutinante per il bacillo tifico e per i paratifi A e B.

L'O. conclude che, in qualunque modo si voglia interpretare la reazione di Weil-Felix, questa è senza dubbio un prezioso acquisto per la diagnosi del tifo esantematico.

Per mettere bene in evidenza l'esantema raccomanda la prova del laccio.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Atonia del cieco come postumo di tifoide.

Secondo le statistiche di M. Loeper (*Lancet*, 21 sett. 1918) l'atonia del cieco si trova nel 60 % dei casi di febbre tifoide, specialmente in quella da paratifo B.

Sintomatologia. — I primi accenni si osservano talvolta quando la temperatura è ritornata normale; talaltra alla ripresa del cibo solido. L'ammalato ha delle scariche liquide o semiliquide, al mattino subito dopo un pasto, sotto l'influenza di un riflesso gastro-colico sull'intestino irritabile.

L'esame delle feci dimostra la presenza di poco muco, raramente bile, talvolta albumina; quasi sempre è assente il sangue. I residui alimentari sono scarsi, la quantità totale dei grassi non è superiore alla normale, mentre è superiore quella dell'albumina e degli idrati di carbonio. La flora batterica dimostra presenza di bacilli proteolitici, ciò che spiega il fetore delle feci.

La diarrea è spesso seguita da costipazione con cui si alterna: si osserva altresì mucorrea, con feci in cui il muco viene eliminato in scagliette e piccole pallottole, non mai in lamine; all'esame microscopico, si riscontrano elementi epiteliali circondati da muco, leucociti polinucleari, eosinofili anche polimorfonucleari.

La diarrea, la costipazione, la mucorrea sono quasi indolore; il dolre cecale può aversi durante la digestione e precedere la scarica, da cui sente sollievo. Il dolore a forma di crampo ovvero espulsivo indica l'estensione del processo al colon, il tenesmo indica l'estensione al retto.

Alla palpazione si avverte nella fossa iliaca destra il cieco trattabile o poco resistente, con gorgoglio ed anche sciaguattamento talvolta ben marcato. La radioscopia mostra un cieco disteso mobilissimo, quasi sempre obliquo e ricurvo su sè stesso. Di solito gli altri segmenti intestinali sono contratti e convoluti e dànno l'impressione che la pappa di bismuto passi con difficoltà.

L'A. non annette grande importanza alle condizioni generali, sebbene si osservino di solito

urobilinuria, indacanuria, tensione arteriosa ridotta e talvolta anemia.

Il decorso dell'affezione viene interrotto da crisi che seguono il più spesso un periodo di costipazione, talora però anche la diarrea o la mucorrea. Il dolore appare subitamente con una sensazione penosa di tensione e gonfiezza locale, con nausea ed anche vomito. Più che un punto, vi è una intera zona dolente; è possibile ad ogni modo una confusione con l'appendicite. La crisi dura tre giorni con febbre, più marcata al secondo ed al terzo giorno; cede con la somministrazione di calmanti e l'applicazione di compresse. La regione rimane sensibile, nel periodo di calma che segue e che dura due o tre mesi o meno. La ripetizione di queste crisi basta per differenziarle dall'appendicite.

Talvolta si ha un movimento febbrile e marcato: raggiunge i 39°, mentre il colorito è itterico, l'urina con molto indacano ed urobilina, il polso debole, il respiro affannoso. Si pensa ad un fatto acuto, mentre non si tratta che di una crisi cecale, che con un po' di acqua alcalina, di bismuto, di leggieri lassativi cede in 2-4 giorni.

Trattamento. — Consiste anzitutto nella medicazione dell'intestino crasso con bismuto (3 gr. mezz'ora prima del pasto) e collargol (10-15 cgr. al giorno). Come analgesici ed antispasmodici sono consigliabili i clisteri con collargolo o bicarbonato di sodio, i suppositorî di ittiolo e tannino, con o senza bella donna o canape indiana. La dieta deve consistere essenzialmente in farinacei e latte; i fermenti lattici, diminuendo le fermentazioni putride, possono ritardare la crisi acuta. La cura delle acque di Chatelguyon e Plombières può essere efficace. Nelle crisi febbrili o pseudo appendicolari è raccomandabile la applicazione locale di ghiaccio, una dieta di brodi vegetali o soluzione di lattosio, e leggeri purganti (solfato di sodio a dosi refratte).

Talvolta la cura medica è insufficiente e si impone quella chirurgica, quando la malattia acquista un carattere di cronicità e di gravità. Si pratica la cecostomia, l'appendicostomia, la sutura del cieco, o addirittura l'ileocolo o sigmoidostomia con resezione del cieco o di parte del colon ascendente o trasverso. Queste operazioni sono da riserbarsi ai casi veramente gravi, nei quali possono dare risultati buoni e duraturi.

fil.

La febbre tifoide a forma cardiaca.

Il polso, nella tifoide subisce da un lato l'influenza della febbre che ne eleva la frequenza, dall'altro quella della tossina che tende a rallentarlo. Ne risulta che esso è generalmente più raro di quanto comporterebbe la temperatura; così p. e., a 40° è a 100-120 in luogo di 120; a 39° di 80-100, invece di 100. Il polso frequente nella tifoide comporta generalmente un pronostico sfavorevole: oltre alle note statistiche di Murchiuson, Bernheim (*Journal des Praticiens*, 15 marzo) riporta le proprie osservazioni secondo cui in tutti i casi venuti a guarigione, il polso non ha mai oltrepassato 114.

Nel caso di aumentata frequenza, la digitale non esercita influenza favorevole; essa anzi aumenta la tachicardia paralitica e precipita il collasso cardiaco e l'asistolia. La tossina può concentrare la sua azione sull'innervazione cardiaca e provocare la morte improvvisa, che è stata erroneamente attribuita ad un riflesso bulbare. Del resto tale azione paralizzante non è esclusiva della febbre tifoide, ma si presenta anche in altre infezioni (influenza scarlattina).

Quando tale sintoma si osserva nel corso della tifoide, può attribuirsi ad una localizzazione surrenale, ma quando il polso, come di regola, è relativamente raro fin dal principio, deve ritenersi che si tratti di un'azione diretta della tossina tifica sull'innervazione cardiaca.

r. s.

TERAPIA.

Cura delle perdite vaginali fetide.

Le perdite fetide dagli organi genitali femminili si possono riconoscere da diversi punti di partenza e svariate cause (A. Siredey. *Annales de Gynecologie et d'obstetrique*, 1918, n. 4).

1. — *Suppurazioni tubarie ed ascesso pelvico con fistola.* Si ha l'odore nauseabondo caratteristico dei focolai prossimi al tubo digerente. Il trattamento di queste suppurazioni è malagevole: se non è possibile od è pericoloso l'intervento operativo, occorre limitarsi al riposo prolungato e ad irrigazioni con acqua ossigenata, permanganato di potassio, cloruro di magnesio, ricorrendo più tardi a cure saline; trattasi di cure assai lunghe, ma certamente inoffensive e, spesso, efficaci.

2. — *Origine uterina.* È la provenienza più frequente, data il più sovente dal carcinoma: la leucorrea icorosa è ben riconoscibile all'odore caratteristico. Essa però appare soltanto ad un periodo avanzato, e sarebbe un grave errore attendere tale sintoma per diagnosticare un carcinoma uterino.

Vi sono poi certi fibromiomi peduncolati, che possono provocare tali perdite, obliterando in modo intermittente l'orificio uterino, per modo che le secrezioni vi si fermano, subiscono una infezione ed esalano un fetore che si avvicina a quello del carcinoma. In tali condizioni, il re-

perto di una massa dura, che sembra far corpo con l'utero, la dilatazione progressiva del collo, possono far pensare al carcinoma. L'esame digitale accurato dimostra però che il collo è indipendente dal tumore. Il trattamento di tali casi è chirurgico.

Condizioni analoghe si possono avere per dei semplici polipi mucosi uterini, che per la loro comparsa intermittente all'orificio del collo si scoprono talora soltanto dopo la dilatazione dell'utero. La cura consiste nel raschiamento, seguito da spennellature con tintura di iodio o con formalina (soluzione alcoolica al 10 %).

La ritenzione di residui placentari o deciduali o di coaguli sanguigni, può pure dar luogo a perdite fetide: vi si accompagnano talora leggere elevazioni termiche. Occorrerà una anamnesi accurata, stabilendo la data precisa delle mestruazioni, ricercare le vestigia della secrezione lattea, esplorare attentamente l'utero; il raschiamento è la cura indicata.

Le perdite fetide possono aversi altresì nelle metriti semplici; spesso ciò accade o perchè una deviazione notevole dell'utero favorisce in questo il ristagno delle secrezioni, oppure, p. e. nelle metriti senili, con abbondante leucorrea, che provoca irritazione vulvare; in queste ultime la eventuale presenza di emorragia può far pensare al carcinoma, che viene però escluso da un accurato esame locale. Alcune irrigazioni con liquore di Labarraque (un cucchiaio per litro d'acqua) o di acqua ossigenata (4 cucchiai per litro) seguiti da medicazioni con glicerina all'ittiolo (1 :10) faranno scomparire ogni inquietudine.

Anche i corpi estranei (materiali di medicatura dimenticati o corpi estranei diversi) possono determinare una vera piorrea fetida. La estrazione deve essere seguìta da irrigazione endouterina con acqua ossigenata o iodata e lavacri antisettici.

3. — *Origine vaginale*. Frequenti e svariati sono i corpi estranei (pessari, tamponi, frammenti di cannule ed altri oggetti) che si incrostano di sali calcari ed irritano la parete vaginale, in cui lasciano, dopo l'estrazione, delle ulcerazioni saniose dall'apparenza sospetta. Questi corpi estranei possono essere pericolosi anche per il medico, che, nell'esplorare tali donne, dovrà avere la massima cautela. Estratto l'oggetto, alcune irrigazioni tiepide antisettiche, non irritanti, portano rapidamente a guarigione.

Le perdite nella vaginite sono nettamente fetide nelle donne poco pulite ed in quelle che hanno nella vagina delle briglie che impediscono un facile svuotamento delle secrezioni. Tali briglie si trovano specialmente nelle donne anziane vergini o vedove e sono difficilmente guaribili, per le frequenti recidive, anche dopo la escisione.

4. — *Origine vulvare*. Le grosse ghiandole sebacee hanno già di per sè stesse una secrezione di odore particolare, anche nelle donne pulite. I diversi stati patologici possono poi essere causa della fetidità di tali secrezioni: così l'eczema, l'erpete, le ulceri aftose, i condilomi, le placche mucose, l'epitelioma della vulva. Con l'esame locale, si riconoscono prontamente tali condizioni.

Oltre a tutte queste cause, medici ed infermieri debbono tener presente che la mancanza di pulizia, specialmente in donne, costrette a letto per affezioni febbrili, può provocare numerose complicazioni infettive vulvari, che potrebbero evitarsi con una igiene accurata. *r. s.*

FORMULARIO.

Contro la tosse accessionale dell'influenza (G. Lyon).

Tintura di radici di aconito .	goccie	30
Benzoato di sodio	gr.	2
Acqua coobata di lauro ceraso	»	5
Sciroppo del Tolù	»	20
Sciroppo tebaico	»	10
Acqua distillata q. b. p. . .	cmc.	150

S. Da prendersi in 24 ore.

Medicazione stimolante nell'astenia cardio-vascolare da influenza (G. Lyon).

Alternare le iniezioni di dieci cmc. di olio canforato (a cui si aggiunge nella stessa siringa un cmc. di etere) con l'iniezione di un cmc. di:

Solfato di stricnina	mmgr.	1
Solfato di sparteina	cgr.	5

per un cmc. di acqua distillata.

l. b.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1071) *Titolo del siero antidifterico*. — All'abbonato n. 10146:

Il siero antidifterico francese è dosato non a centimetri cubici, ma ad unità immunizzanti. Vario è il titolo: si hanno sieri semplici o concentrati ad alto titolo, e sieri a basso titolo, ma l'U. I. è costantemente l'unità di misura.

Per altri sieri antitossici non sempre si trova l'indicazione del corrispondente titolo (p. es. siero anticarbonchioso, siero antidissenterico, antimeningococcico) per varie ragioni sulle quali sarebbe lungo fermarsi; ma in tali casi, nelle istruzioni, che le case produttrici includono nelle

scatole di fiale, è contenuta sempre l'indicazione delle dosi curative approssimative in centimetri cubici.

t. p.

(1072) All'abb. n. 4707:

Un buon trattato di malattie cutanee è quello di Neisser e Jadassohn — traduzione italiana, Società ed. italiana « Dante Alighieri », Roma, Milano.

Per quanto riguarda le dermatosi del naso si può consultare: Sabouraud, « Dermatologie topographique », Paris, Masson ed., pag. 92 e 101.

V. M.

(1073). Ai dottori Francesco d'Ambrosio e Attilio Gottardo: Vedano le risposte date nel 1917, fasc. 2, pag. 61 e fasc. 12, pag. 397; nel 1918, fasc. 3, pag. 73; nell'anno corr., fasc. 8, pag. 247.

L. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

IOLTRAIN et BAUFLE. — *La Grippe*. - Editori A. Maloine et fils. Parigi. Prezzo L. 2.25.

È un piccolo volume nel quale sono esposti i dati forniti dalla recente epidemia sulle forme cliniche, la profilassi e la cura della influenza. Non è una dissertazione completa, perchè parecchio è sacrificato alla piccola mole del libro, ma è una buona guida per il pratico.

a. a

L. PRON. — *La pratique des maladies de l'estomac*. — Editori A. Maloine et fils. Parigi. Prezzo L. 10.

È un libro con indirizzo schiettamente pratico, senza lusso di notizie scientifiche che in fatto di malattie dello stomaco non sempre valgono a chiarificare i problemi clinici e terapeutici. Le indagini di laboratorio, che nelle affezioni gastriche più che per altre hanno preso il sopravvento, rendono i pratici scettici a risolvere le questioni cliniche al riguardo e quindi incapaci a fare un esame accurato, metodico del paziente. Il libro del Pron tende a dimostrare, che, anche senza rigettare gli altri sussidî semeiologici, il medico pratico può orizzontarsi nella patologia gastrica, che forse è uno dei capitoli della medicina meno conosciuti.

a. a.

H. M. W. GRAY. *The early treatment of war wounds*. — Un vol. in 8° di 300 pag. circa con fig. rilegato. H. Frowde, Hodder e Stoughton ed. Londra.

La larga esperienza ed il fine senso pratico dell'A. fanno di questo libro un buon consigliere per i medici che sono chiamati a prestare il servizio di guerra. La parte generale comprende il trattamento dei feriti nelle unità avanzate, e nelle stazioni di smistamento, le considerazioni sui diversi antisettici, ecc. Viene poi la parte speciale sulle ferite del cervello e delle meningi, del torace, dell'addome, delle articolazioni.

Il principio informatore del lavoro è che la base del trattamento deve consistere in una saggia assistenza alla forza naturale nei loro tentativi di guarigione: la cura anche nei particolari, che vengono spesso trascurati (si vi insegna p. e. il miglior modo di avvolgere un ferito nelle lenzuola), rende questo libro assai utile per chi avrà occasione di servirsene.

i. p.

VARIA.

Sutura del midollo spinale? — A. W. M. Robson (*British Medical Journal*, 29 dic. 1917) riferisce un caso il quale proverebbe che la sutura del midollo spinale sezionato può compiersi con successo nell'uomo.

Si tratta di un ragazzo affetto da un processo tubercolare della spina dorsale, nella regione toracica. Alcuni anni prima l'A. aveva praticato una laminectomia, per liberarlo da una paraplegia; seguì una guarigione perfetta.

L'apparecchio, di cui il paziente era stato provvisto per il sostegno della spina dorsale, fu, un poco per volta, abbandonato, senza consiglio del medico; intanto si andò sviluppando una gibbosità. Un giorno, nel fare a cavalcioni con un altro ragazzo, il paziente cadde e si fratturò la schiena nel punto ammalato. Si manifestò immediatamente paralisi degli arti inferiori e degli sfinteri.

L'A. intervenne poco dopo l'accidente. Mise in evidenza il midollo, che era sezionato nettamente, dall'indietro in avanti, per uno spessore di oltre un centimetro: la continuità era mantenuta solo da un piccolo ponte anteriormente.

Con adatte manovre ottenne una buona apposizione delle due superfici di sezione, che vennero fissate suturandole. La teca durale venne poi riunita con una sutura continua al catgut; infine l'A. suturò il restante della ferita. Il paziente fu fissato in posizione di estensione entro un apparecchio gessato. Pochissimo *shock*; guarigione della ferita operativa buonisima, *per primam*.

Le funzioni della parte inferiore del midollo tornarono gradatamente: in ultimo il soggetto riprese il dominio degli sfinteri e l'uso degli arti inferiori.

Interessa rilevare che sperimentalmente non è stato ottenuto il ripristino funzionale del midollo spinale sezionato.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il compenso globale.

L'assemblea dell'Ordine dei medici di Roma ha iniziato la discussione della relazione presentata dal Consiglio sulle rivendicazioni morali e materiali della classe. E nella seduta dell'11 corrente ha trattato il primo punto della relazione concernente il criterio da seguire nella valutazione degli onorari. È stata approvata la proposta del Consiglio, per la quale le prestazioni sanitarie devono essere compensate sulla guida del *criterio globale*, tenendo cioè in considerazione non soltanto il numero delle visite, ma la gravità, la contagiosità, la durata della malattia, le difficoltà diagnostiche e curative, le condizioni economiche del cliente, la posizione scientifica del curante, fermo restando che la somma globale non debba mai essere inferiore al totale delle visite effettuate sulla base dell'onorario minimo di lire 5-10 ciascuna in rapporto alla posizione economica del paziente.

Ci riserviamo di discutere la opportunità di questa ultima aggiunta, che innesta sul sistema globale il sistema del pagamento a visite, un innesto che minaccia di far pericolare in pratica il nuovo criterio di compensi, facendoci ritornare a quello che vogliamo abbandonare. Di solito i temperamenti che tengono conto di vecchie concezioni e di vecchi metodi finiscono, per ragioni di automatismo e nel caso nostro anche di banale semplicità, per prendere il sopravvento ed annullare le innovazioni desiderate e proposte. Per certi fatti solo le trasformazioni radicali possono aver ragione di vecchie concezioni e di vecchie pratiche.

Comunque dobbiamo rilevare che gli iscritti all'Ordine di Roma hanno riconosciuto che il sistema del compenso alle visite non è più adeguato alle attuali prestazioni del medico, non è più confacente alla sua dignità ed ha affermato il principio che la sua opera non può, nè deve essere apprezzata con un'unità di misura che tien conto più di un lavoro fisico chè del lavoro intellettuale del professionista, ossia con unità di misura inadeguata al valore che si deve apprezzare.

In verità la quistione del sistema di pagamento dell'opera del medico non è nuova. Essa oggi risorge ma fu già il tema di una discussione ampia e vivace svoltasi in seno allo stesso Ordine dei medici di Roma e sui giornali professionali in seguito ad una comunicazione fatta dal prof. V. Ascoli una quindicina di anni or sono. Il prof. Ascoli allora sostenne che:

1° la definizione di una tariffa minima per visita non risolve che in maniera antiquata, antipatica, imperfetta e limitatamente applicabile la quistione degli onorari medici;

2° che gli onorarî medici vanno calcolati, non rispetto al numero delle visite, ma in una somma complessiva che contempli il numero e la durata delle visite e delle ricerche collaterali necessarie, dell'entità della malattia e della qualità e della posizione sociale dell'infermo.

La idea nuova allora suscitò contrasti, ma la discussione seguìta ne rivelò la giustezza e fu generalmente accettata come la più confacente alla dignità professionale, la più adatta a risolvere la crisi nella quale si dibatteva la nostra classe per l'aumento sempre crescente di nuovi laureati. Ma la tradizione ed il semplicismo furono più forti; malgrado se ne riconoscessero gli inconvenienti il sistema del pagamento a visite continuò senza nessuna modificazione o attenuazione. Oggi la classe medica è minacciata di una nuova crisi e forse più grave. L'allontanamento dalle proprie residenze per tanti anni di migliaia di medici, ha raccolto nelle mani di pochi la clientela dei molti. D'altra parte le popolazioni, che hanno sperimentata la scarsezza dei medici, sentono meno la necessità di consulti. La produzione dei medici, a differenza di quanto è avvenuto per altre categorie di professionisti, non ha, durante la guerra, subìte soste: le università castrensi hanno sfornato un numero di laureati, che bene o male hanno diritto ad esercitare la professione. C'è tutto un complesso di fatti che concorrono a determinare una crisi economica nella professione medica, crisi già tanto più grave e sensibile per il fatto della svalutazione del danaro, e del progressivo ascendere di tutte le altre classi sociali.

La minaccia è stata avvertita, e l'avvertimento ha determinato uno stato di difesa. Ma sfortunatamente i medici non hanno mezzi sufficienti per far valere i proprii diritti. I medici condotti, i medici stipendiati hanno a loro disposizione qualche arma, ma anche essa ottusa dalla immancabile concorrenza e dal fatto che l'esercizio medico importa doveri che sono all'infuori di ogni diritto e di ogni rivendicazione. Comunque essi sanno che cosa chiedere, sanno a chi chiedere.

Il libero professionista è invece abbandonato a sè stesso e solo in sè stesso può trovare l'orientamento della lotta, e l'arma di difesa. Il suo andare non ha vie già segnate e facili; egli può andare, scorazzare dovunque, ma in questa

stessa libertà è il pericolo, la ragione del danno. Se il medico vuol vivere deve imporsi una disciplina superiore, una disciplina fatta di consapevolezza sicura di quel che vuole e dei pericoli che deve evitare, una disciplina fatta di volontà che talvolta è anche in contrasto con le esigenze del cuore.

Il medico come e forse più di qulunque altro lavoratore delle braccia e del pensiero è soggetto alle leggi economiche della offerta e della richiesta. E d'altra parte non può incrociare le braccia perchè non deve, perchè il suo atto per un complesso di ragioni non troverebbe consenso nei colleghi.

L'unica disciplina che egli può imporsi e che può imporre è quella della dignità. Non quella piccola dignità, a cui i medici sono particolarmente ipersensibili, dignità fatta di manierismi, di ripicchi e di dispetti tra colleghi. Ma quella dignità che dà la coscienza del proprio valore e che sa infondere negli altri il rispetto per tutta intera la classe medica. E per essere rispettati occorre che noi rispettiamo noi stessi, occorre che noi abbiamo una coscienza di classe sicura e forte. Occorre che noi seguiamo senza eccezioni le norme che noi stessi abbiamo liberamente sancite ed accettate.

È inutile fissare tariffe, criteri di valutazione di onorarî quando questi non siano da tutti scrupolosamente applicati e rispettati.

La pratica ha dimostrato che tutti gli aumenti di tariffa sanciti da Ordini ed associazioni non sono mai entrati in pratica. La tariffa globale proposta nel 1905 dal prof. Ascoli ed accolta con entusiasmo dai più, accettata dopo discussione da altri, è rimasta finora inapplicata. Oggi la proposta è riesumata, ed oggi, come allora tutti la trovano giusta, applaudono. Ma la tariffa globale sarà praticamente adottata?

Si racconta che durante un assalto sul fronte francese alcuni ufficiali volendo dare l'esempio, uscirono dalle trincee per correre verso il nemico. Avevano fatto appena pochi passi quando sentirono grandi applausi ed evviva. Sorpresi si volsero indietro e videro che erano soli: ma constatarono che i loro uomini non erano insensibili al loro gesto eroico. Rannicchiati nelle trincee i soldati dimostravano la loro ammirazione per gli ufficiali con i battimani e gli evviva, ma l'ammirazione non aveva avuta la forza di trasformarsi in imitazione.

La mentalità medica somiglia molto a quella di tali soldati. I medici approvano entusiasticamente le norme che si ritengono atte a migliorare la loro posizione, magari applaudono quelli che per i primi la mettano in pratica, ma preferiscono che siano gli altri a fare le spese dell'esperienza.

Ma applaudire non basta, nè, per il caso che ci occupa, per saggiare la bontà di un sistema è sufficiente il tentativo fatto da pochi: è indispensabile che tutta la massa agisca in conformità.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Congedamento di altre classi di medici.

Il Ministero della guerra ha determinato il ricollocamento in congedo entro il 30 corrente degli ufficiali medici fino alla classe 1882 compresa. Sono esclusi dal congedamento gli ufficiali medici che chiedano rimanere e la cui opera sia riconosciuta necessaria.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7714) *Cassa di previdenza dei medici condotti.* — Dott. abbonato n. 3730. Lasciando il servizio di condotta e limitandosi al libero esercizio professionale, il sanitario non può più rimanere inscritto alla Cassa di previdenza, sia pure obbligandosi a versare, oltre il proprio contributo, quello dell'ente.

(7715) *Trattamento economico del medico condotto sotto le armi.* — Dott. M. M. da C. La deliberazione del Consiglio comunale con cui il Comune si obbligava a corrisponderle per il periodo che fu sotto le armi la metà dello stipendio, era illegale in quanto che contravveniva alle disposizioni in vigore secondo cui dovea corrisponderle solo la differenza fra lo stipendio civile e quello militare. Per tale ragione essa non riportò l'approvazione della autorità tutoria. Come comprenderà di leggieri, a modificare i vigenti Decreti Luogotenenziali in materia ed a venire a diversa conclusione non può valere il motivo da Lei addotto della perdita, cioè, durante il servizio militare, degli introiti che Le pervenivano dall'esercizio libro professionale.

(7717) *Visita medica fiscale.* — Dott. V. C. da T. Dal quesito proposto non si comprende chiaramente la ragione per cui Ella sia stata invitata a passare la visita fiscale presso un Ospedale Militare. Se detta visita fu ordinata dalla autorità militare, Ella non può sottrarvisi, ma in vista dela infermità che l'obbliga di stare a letto, può chiedere una dilazione per aver agio di uscire di casa ed obbedire all'invito ricevuto. Se la visita fiscale è stata ordinata invece dalla autorità civile per assodare l'impossibilità in cui Ella si trova di adempiere per le sue con-

dizioni fisiche al servizio di estesa condotta, può chiedere che detta visita sia dal Collegio dei periti fatta a domicilio, visto che Ella non è in grado di uscire di casa e trovasi a letto.

(7719) *Aumento di stipendio - Indennità dell'Ufficiale sanitario.* — Dott. M. V. da M. La indennità che viene corrisposta all'ufficiale sanitario non si consolida con lo stipendio di medico condotto agli effetti dello aumento stabilito dal D. L. del 10 febbraio 1918. Su tale indennità non si può, quindi, chiedere l'aumento stabilito, in massima, per le sole somme corrisposte a titolo di stipendio.

(7720) *Rinunzia alla condotta generale.* — Dottor P. S. da G. P. Al sanitario che accettò la nomina a condotta per la generalità degli abitanti e sottoscrisse il relativo capitolato, non è consentita la rinunzia alla cura delle persone abbienti e la conservazione del posto limitatamente a' soli poveri. A riguardo di lui il servizio è tutto uno ed inscindibile ed egli non può rinunziare ad uno dei rami di esso senza rinunziare contemporaneamente anche all'altro. La divisione in bilancio dello stipendio fra la parte riservata alla cura dei poveri e quella riservata alla cura degli agiati è posta per distinguere la diversa natura delle due spese essendo la prima obbligatoria e la seconda facoltativa. È vero che i Comuni, con la prescritta approvazione delle autorità competenti, possono sopprimere la condotta per la generalità tramutandola in residenziale, ma tale provvedimento, che ha scopo unicamente finanziario, è preso in nome di un pubblico e generale interesse, cui non può fare ostacol quello privato del medico chè ne restasse eventualmente leso.

(7722) *Indennità caro-viveri.* — Dott. N. G. da S. R. Nonostante qualsiasi disposizione differente o contraria del capitolato a Lei, ancorchè temporaneamente assunto nella qualità di medico condotto a posto compreso nella pianta organica e privo di titolare, compete il caro-viveri in virtù del D. L. del 9 marzo p. p. n. 338, dal 1° gennaio 1919. Se è ammogliato ha diritto a lire 100 mensili, se è celibe, a lire 65, oltre centesimi 85 al giorno per ogni figlio minore a carico oltre i primi tre. L'ammontare di tali indennità non può, però, giammai essere superiore allo stipendio di cui il medico sia eventualmente provvisto. Trattandosi di disposizione Luogotenenziale è obbligatoria e si sostituisce ai vigenti regolamenti comunali.

(7723) *Pensioni.* — Dott. D. S. da P. S. Dei servizii interinali da Lei prestati vale a determinare il periodo utile per la pensione unicamente quello che decorre dal 1° settembre 1913 al 23 maggio 1915 perchè fatti quando non si era contemporaneamente titolare di altra condotta per cui si pagava il contributo e decorreva periodo utile a pensione. Sicchè tutto calcolato, Ella potrebbe ora contare su 22 anni e 9 mesi di servizio. Dei Comuni, per cui il periodo di servizio interinale non vale, può richiedere la restituzione dei contributi illegalmente pagati, giacchè, come è risaputo, i medici condotti interini non hanno obbligo di iscrizione alla cassa di previdenza e di pagare, conseguentemente, il contributo prescritto.

(7725) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. A. da P. Il D. L. che accorda l'indennità caro-viveri di lire 100 ai medici condotti è del 9 marzo p. p., n. 338.

(7727) *Limiti di età per concorsi a condotte mediche.* — Dott. G. R. da L. G. I. Consiglio Comunali nel deliberare il capitolato per l'esercizio della condotta medico-chirurgica sono liberi di fissare per i concorrenti quel limite di età, che credano si debba obbligatoriamente imporre per assicurare il regolare andamento del servizio. Non dovrà, però, essere apposta alcuna condizione di limite massimo di età per i concorrenti che abbiano già prestato o prestino servizio in altre condotte, salvo l'accertamento della idoneità fisica dei singoli aspiranti.

(7728) *Aumento di stipendio - Sessenni.* — Dott. G. O. da S. L'articolo 2 del D. L. del 10 febbraio 1918 n. 107, dice che l'elevazione dello stipendio è applicabile anche alle quote di esso rappresentate dagli aumenti periodici in godimento alla data della sua attuazione. Ella, quindi, che alla data del 10 febbraio godeva, per effetto dei sessennii precedentemente liquidati, lo stipendio di lire 3480, su questa base dovea percepire l'aumento e non sulle lire 3000. L'aumento ottenuto in applicazione del sopraindicato Decreto non interrompe poi il periodo sessennale in corso ma alla fine di esso dovrà ricevere il sessennio in base allo stipendio di cui si troverà in godimento in quella epoca.

(7729) *Indennità per cessazione di servizio - Indennità vestiario - Ricchezza mobile.* — Dott. F. D. L. da B. Cessando dal servizio di medico condotto per ragione di salute o di famiglia dopo 10 anni di iscrizione alla Cassa di Previdenza, ha diritto ad una indennità pagabile una volta tanto e consistente nei due terzi del valore capitale della pensione teorica, che Le sarebbe spettata.

Ignorando la sua età ed il numero degli anni di servizio prestati, non possiamo farle conoscere l'ammontare effettivo della indennità suddetta. Crediamo che per gli ufficiali sulla indennità di vestiario si debba pagare la R. M. sia perchè nel D. L. relativo non è fatta alcuna ec-

cezione al riguardo sia perchè tale indennità, tenuto conto dello stipendio, costituisce un cespite tassabile.

(7730) *Aspettativa per motivi di famiglia.* — Dott. P. B. da B. Stando in aspettativa per ragione di famiglia e stipendiando *de proprio* il medico supplente nel Comune in cui è medico condotto titolare, riteniamo che si possa accettare qualche supplenza nel Comune di attuale residenza e ciò, perchè pel fatto non si arrecherebbe danno ad alcuno.

(7731) *Medico militare in servizio civile.* — Dott. A. B. da F. Il medico militare comandato in servizo civile deve prestare la sua opera gratuitamente a tutti, se la condotta è generale: deve prestarla gratuitamente ai soli poveri, se la condotta è, invece, semplicemente residenziale. Ella, quindi, può chiedere compenso agli abbienti nel solo caso che la condotta comunale sia limitata ai poveri. Per la cavalcatura deve riscuotere dal Comune la speciale indennità che sia impostata all'uopo in bilancio. Per la vaccinazione non può chiedere nulla perchè l'obbligo di eseguirla è ora dalla legge imposto tassativamente al medico condotto. Nulla per la casa di abitazione che costituisca una speciale concessione del Comune al proprio medico condotto.

Della circolare, cui allude, relativa alla indennità dei profughi è necessario che ci indichi la data precisa non risultando che ne sia stata pubblicata alcuna nel torno di tempo da Lei indicato.

(7732) *Ricchezza mobile.* — Dott. F. D. da C. M. Sullo stipendio di lire 5200 ricadono annue lire 449.80 per tassa di Ricchezza Mobile.

(7734) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. G. da B. La indennità caro-viveri di cui nel D. L. del 9 marzo 1919, n. 338, va dipartita a carico di ciascuna delle amministrazioni obbligate in proporzione degli stipendii rispettivamente dovuti.

(7736) *Aumento di stipendio - Caro-viveri.* — Dott. C. G. da S. L. N. Il tempo trascorso sotto le armi dal medico condotto è calcolato agli effetti dello aumento sessennale, essendo stato egli nel frattempo sempre un impiegato municipale con relativa percezione di stipendio, in molti casi. I recenti miglioramenti di stipendio o sotto forma di aumento o sotto forma di caro-viveri, non ostacolano la liquidazione dei sessennii medesimi. Il Decreto Luogotenenziale portante il diritto alla indennità caro-viveri ai medici condotti è del 9 marzo p. p., n. 338. L'indennità è di lire 100 per gli ammogliati e di lire 65 mensili per i celibi, oltre cent. 85 al giorno per ogni figlio minore ed a carico oltre i primi tre. Tale indennità decorre dal 1° gennaio 1919. Durante il servizio militare è rimasto sospeso il periodo di prova e non può, quindi, esserle inflitto alcun licenziamento per fine di ferma, mentre rattrovasi sotto le armi.

(7738) *Pensione medici condotti.* — Dott. L. B. da R. Nessun aumento di pensioni per caro-viveri è stato disposto pei medici condotti.

(7739) *Pensioni - Periodo utile per ottenerle.* — Dott. A. A. da P. Avendo Ella aderito alla Cassa di previdenza prima della promulgazione della legge del 2 dicembre 1909, n. 744, ha diritto al riconoscimento dei servizii prestati anteriormente al 1° gennaio 1899 per un periodo non superiore ai 15 anni. Può, quindi, contare su di periore ai quindici anni. Può, quindi, contare su di un periodo di servizio di ventitre anni e dieci mesi a fine aprile e, cioè, sei anni e tre mesi fatti prima del 1899 e 17 anni e sette mesi fatti dal 1901 ad oggi. Per liquidare la pensione conviene prestare altri 8 mesi di servizio occorrendo averne 24 anni e sei mesi. I due anni di interruzione non si possono riscattare. Con 25 anni di servizio e 54 di età liquiderà l'annua pensione, riversibile anche agli eredi in debita proporzione, di lire 893.

(7741) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. C. da R. L'indennità caro-viveri segue lo stipendio ed intanto è pagata in quanto questo vien corrisposto. Avendo ella durante il testè decorso mese di marzo ricevuto solamente dieci giorni di stipendio ha diritto di ottenere per egual durata di tempo la predetta indennità dalla amministrazione municipale.

(7742) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. P. da T. Poichè Ella ha prestato servizio temporaneo in un posto di condotta previsto nella pianta organica e privo di titolare, ha diritto alla indennità caro-viveri resa obbligatoria per le amministrazioni comunali dal D. L. del 9 marzo ultimo, n. 338.

(7743) *Impiegati comunali volontariamente arruolati nel R. Esercito.* — Dott. D. C. da A. P. Il D. L. con cui gli impegati comunali in servizio militare durante la guerra si considerano come richiamati di autorità per ogni effetto di legge è del 10 agosto 1916, n. 1109. Esso non ha effetto retroattivo. Data la disposizione contenuta nel precitato Decreto a quella contenuta nel precedente del 9 luglio 1916, n. 875, non è possibile ammettere che un Comune possa imporre al proprio medico condotto, sotto minaccia di metterlo fuori servizio, di dimettersi dal posto di assimilato, volontariamente assunto.

(7744) *Indennità caro-viveri - Ricchezza mobile.* — Dott. C. P. da B. Sulla indennità caro-viveri è dovuta la R. M. nella misura ordinaria.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. A. C. da F.:

Le 25 lire di indennità giornaliera per la campagna antigrippale, furono concesse dal Ministero dell'Interno a quei medici militari che vennero messi a sua disposizione dall'Amministrazione militare.

Ella fu comandato ad analogo servizio per ordine dell'autorità militare nemica che lo impiegò nella sua qualità di ufficiale medico prigioniero di guerra; la situazione è quindi alquanto diversa.

Non si può dunque legalmente parlare di diritto da parte sua, ma ella potrebbe in analogia a quanto è stato percepito dai suoi colleghi al di qua del Piave, avanzare una domanda al Ministero dell'Interno esponendo il servizio prestato e chiedendo eguale trattamento.

All'abb. n. 5481:

Durante il periodo di indisponibilità dovuto a malattie non dipendenti da cause di servizio o ad esonero, come è nel suo caso, non si dà luogo ad alcun avanzamento.

All'abb. n. 1539:

Non è affatto vero che non abbiano diritto alle indennità di congedamento gli ufficiali congedati, per qualsiasi causa, prima dell'armistizio. Le spetta pertanto il premio di congedamento in rapporto al periodo di servizio effettivamente prestato.

All'abb. n. 8928:

In base alle *ultime disposizioni* (Circolare 122 G. M. 1919) impartite dal Ministero, gli ufficiali in S. A. P. possono far domanda di venir trasferiti nel ruolo di complemento.

Al dott. N. F. da B.:

Fino a che non verranno smobilitati i medici della classe del 1888 ella deve considerarsi *esonerato* e non congedato.

All'abb. n. 58:

Ritengo ella abbia bensì diritto a reclamare l'indennità d'arma ecc., ma non la quinta mensilità di stipendio che dovrebbe corrispondere a sei mesi di servizio che ella non ha effettivamente compiuti.

All'abb. n. 2187:

Con la Circolare n. 190 del G. M. 1919, l'anzianità per la promozione dei capitani, tanto effettivi quanto di complemento, in servizio in zona di guerra, è portata all'11 novembre 1915 (fino al capitano medico dott. Gatti).

All'abb. n. 2258:

Gli ufficiali di complemento che erano tali avanti la guerra e quelli che sono stati nominati durante la guerra formano un ruolo unico conservando naturalmente le rispettive anzianità.

Al dott. G. P. M. da N.:

Sono nel quadro di avanzamento i tenenti effettivi e quelli di complemento in servizio in zona di guerra fino all'anzianità del 5 marzo 1917. Ella però si trova in zona territoriale e non può beneficiarsi di tale promozione.

Essendo gli ufficiali medici tenuti in servizio strettamente commisurati al bisogno, non credo Le possa venir concesso di frequentare, durante questo periodo, un corso di studii, che lo allontanerebbe dalle sue ordinarie mansioni.

All'abb. n. 870:

Oltre l'indennità vestiario ella ha per le note disposizioni diritto anche a due mensilità di stipendio.

All'abb. n. 1238:

La Circolare 159 del 20 marzo 1919 (Norme per l'applicazione del decreto luogotenenziale del 20 febbraio) dice che « non possono spettare le in« dennità stabilite dal decreto per quanto riguar« da gli assimilati se non a quelli che prestarono « servizio nell'esercito mobilitato ».

È naturale che l'ufficio militare volendosi attenere a tali norme, ripeta l'indennità versatale ..... ma è un fatto che la Circolare è tutt'altro che persuasiva; Ella potrebbe fare un esposto al Ministero, allegando il servizio prestato *in zona di guerra e per l'esercito.*

All'abb. 3252:

Avendo Ella compiuti nove mesi di effettivo servizio Le spettano due mensilità di stipendio nonchè l'indennità vestiario.

All'abb. n. 1639:

I quindici giorni di licenza con stipendio sono stati concessi soltanto agli ufficiali smobilitati o comunque prosciolti dal servizio *dopo il 14 dicembre u. s.* Essendo Ella stato congedato prima di tale data non ha diritto a tale agevolazione.

All'abb. n. 8104:

Il concesso esonero non infirma il Suo diritto a percepire il premio di smobilitazione commisurato al periodo di servizio effettivamente prestato.

All'abb. n. 5372:

Avendo prestato solo cinque mesi di servizio, non le spettano i due mesi di stipendio (indennità di smobilitazione). M. G.

Avvertiamo che:

non si risponde ad anonimi;

non si risponde a quesiti che riguardano terzi;

non si risponde a quesiti d'indole esclusivamento personale;

non si risponde privatamente.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico, pratica ospitaliera e condotta, testè congedato, desidera buon interinato preferibilmente Italia settentrionale o centrale. Indirizzare offerte: Dott. Alberto Averini, viale Filopanti, n. 6. Bologna.

Già medico condotto da oltre 10 anni, ufficiale medico in congedo, fornito di molti documenti comprovanti la sua attitudine professionale, accetterebbe condotta medica, anche interinato. Rivolgersi: Onofrio Padovani, via Abbrescia, n. 7. Bari.

Cercasi subito interino per un mese: indennità L. 500. Rivolgersi: Dott. Ernesto Benedetti, S. Lorenzo Nuovo (Roma).

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

ORDINE LEOPOLDIANO DEL BELGIO.

Il prof. C. Baduel, colonnello medico della C. R. I., è stato insignito da S. M. il Re del Belgio della Croce di cav. uff. dell'ordine di Leopoldo per benemerenze acquistate durante la guerra nell'organizzazione sanitaria-militare Belga.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: prof. Arienzo Gàbriele, Napoli; prof. Verotti Giuseppe, Napoli; dott. Crisafulli Guglielmo, Roma.

Ufficiali: dott. Maggiora Vergano Romano, Roma; dott. Venere Eduardo, Piperno (Roma); dottor Pimpinelli Francesco, Collepepe (Perugia).

Cavalieri: prof. Pergola Mazzini, Roma; dottor Rosa Bernardo, Roma; dott. Sinisi Donato, Roma, dott. Branchi-Brusdraghi Nicolao, Lucca; dott. Gusmitta Mario, Pescia.

ORDINE MAURIZIANO.

Cavaliere: prof. Giuseppe Lucibelli, Napoli.

NELLE UNIVERSITÀ.

Il prof. Sacerdoti Cesare, di patologia generale presso l'Università di Siena, è stato chiamato a Pisa.

Appello alla pietà delle famiglie dei medici.

Sottoscrizione per una giovanetta orfana di un medico:

Riporto come dal precedente fascicolo	L.	2206.65
Dai signori prof. Alessandro Ori e dottor Guido Ancona, raccolte fra le signore dei colleghi di Venezia	»	350(*)
Prof. Alessandro Bruschettini (Genova)	»	25 —
Prof. Luigi Silvagni (Bologna)	»	20 —
Dott. Leopoldo Butta e Signora (Torino)	»	20 —
Professor Giuseppe Altobello (Campobasso)	»	10 —
Da riportare	L.	2331.65

Riporto	L.	2331.65
Dal dottor Lionello Ciccarelli, a nome del suo piccino (Reggio Emilia)	»	10 —
Dottor Venanzio Petrocchi (Amandola)	»	10 —
Dottor Antonini (Perugia)	»	10 —
Dottor Filippo De Franchis (Galatina)	»	5 —
Dottor Imerio Maffi (Serravalle Po)	»	5 —
Dottor Bartolomeo Pirani (Lavezzola)	»	5 —
Signora Dora Magaudda (Messina)	»	10 —
Signora Matilde Cicognini Mancini (Isola Dovarese)	»	5 —
Signora Livia Quinto e dott. Luciano Fattore (Lusciano)	»	10 —
Totale	L.	2701.65

Rendiconto

Somme spedite alla signora Coluzzi, da versare alla Sig.na Albertini L. 1627
Somma restituitaci . . » 539

Spese . . . L. 1088

come segue:

Versate alla Signorina Albertini	L. 267 —		
All'Albergo Vannucci di Perugia per vitto, alloggio ed altre spese	L. 117.10		
Spese pel funerale	L. 483.70		
Al Municipio di Perugia pel carro funebre, diritto di inumazione e acquisto tomba numero 189 nella 4ª Galleria	L. 220.20		
	L. 1088 —	L. 1088 —	
		L. 1613.65	
Per marche da bollo		L. 5.10	
Restano		L. 1608.55	

che teniamo a disposizione della Federazione degli Ordini dei sanitari per l'istituzione di un posto nel Collegio di Perugia, per l'orfano di un medico.

Dalla sorella della defunta riceviamo la seguente lettera:

Preg.mo signor prof. Morelli,

È già a Lei nota l'improvvisa fine della mia povera sorella, più straziante e più dolorosa perchè avvenuta quando tutte noi speravamo di poterla circondare di maggiori cure, per il pietoso soccorso ricevuto.

Nel mio profondo dolore Le giunga sentito e sincero, ancora una volta, il mio ringraziamento. A Lei, a tutti i dottori e loro gentili signore e signorine, che tanto generosamente si sono interessati della nostra carissima Perduta, sia grato il mio ricordo devoto e il pensiero riconoscente di mia madre e delle mie sorelle.

Con ossequi

Dev.ma
Alberta Albertini.

(*) Veniamo avvertiti che la somma complessivamente raccolta è di lire 442 e che le rimanenti lire 92 saranno versate alla « Fondazione perpetua Venezia » presso il Collegio di Perugia.

MEDICINA SOCIALE.

Provvedimenti sanitari nel dopo-guerra.

La riforma dell'Amministrazione sanitaria provinciale verrà attuata, speriamo prima della riforma di tutto il personale dei funzionari di Prefettura perchè tale riforma ha una speciale importanza per il benessere igienico del dopo guerra ed ha un'importanza economica anche per le Amministrazioni locali. Con la legge 25 febbraio 1904, numero 57 (riportata nel testo unico leggi sanitarie 1 agosto 1907, n. 636) si era stabilito che gli ufficiali sanitari comunali fossero nominati, in seguito a concorso, dal Prefetto e pagati dal Comune; nei comuni ove esistevano anche liberi esercenti, l'ufficiale sanitario doveva scegliersi fra i medici esercenti. Per convenienze economiche dei piccoli Comuni si sarebbero istituiti ufficiali sanitari consorziali.

L'art. 111 del regolamento 19 luglio 1906, numero 466, veniva poi a stabilire che i consorzi per il servizio di ufficiale sanitario dovevano essere costituiti non più tardi del 31 dicembre 1908, ed inoltre diceva che fino a tale epoca non potevasi fare alcuna nomina nè triennale nè definitiva di ufficiale sanitario nei comuni inferiori ai 30 mila abitanti.

Alle eventuali vacanze si doveva procedere con temporanei incarichi.

La data 31 dicembre 1908 venne in seguito protratta al 1911. La legge rimaneva così lettera morta, e mentre l'ufficiale sanitario consorziale non sorgeva, quello vecchio tipo rimaneva più incerto e più esautorato. Venne il colera del 1910. La solerte e benemerita Direzione Generale di Sanità dovette improvvisare in gran parte i servizi di profilassi e nominò provvisoriamente 130 medici detti circondariali giusta l'art. 22 del regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901, numero 45. Questi seppero con entusiasmo combattere l'epidemia colerica. Ma nel frattempo si cambiò la legge 17 dicembre 1910 sui medici circondariali e si approvò, imperante Giolitti, la legge 13 luglio 1911, n. 711 per la quale 73 medici circondariali venivano con concorso nominati tutti contemporaneamente medici provinciali aggiunti, vietando naturalmente l'esercizio professionale e portando lo stipendio a lire duemila annue!

Giovani, con parecchi anni di laurea e con studi di perfezionamento dovettero piegarsi a tale stato di cose e 48 resistono tuttora a stipendi irrisori e suppliscono dal gennaio 1913 i medici provinciali titolari fra continui pericoli. Ora dopo 8 anni di servizio e sei di nomina questi funzionari non saranno solo abilitati, come ora, ad esercitare le funzioni di medico provinciale ma ne avranno, forse lo stipendio relativo ed il grado. Soppressi così i medici provinciali aggiunti e portate nuove energie negli uffici sanitari delle Prefetture è da sperarsi non solo un utile economico, ma anche un vantaggio nei servizi.

Osserviamo però che l'attuale amministrazione sanitaria provinciale deve per forza di cose plasmarsi sull'organizzazione delle varie Prefetture, assai diverse pel numero dei Comuni, per es.: Livorno, 9 comuni, Trapani 20, Massa 35, Siena 36, Arezzo 40, Pisa 42, Piacenza 47, Cuneo 263, Bergamo 305, Alessandria 343, Novara 440, Como 511; mentre idealmente dovrebbe plasmarsi sul numero dei comuni specie rurali, sul numero degli abitanti e sulla necessità di applicare leggi speciali (malaria, pellagra, risicultura).

Solo quindi con una nuova organizzazione dipartimentale potrebbero assegnarsi ai singoli medici provinciali un congruo numero di mansioni. Da tempo quindi viene desiderata almeno per la sanità pubblica un'organizzazione dipartimentale con un ispettore capo ed un consiglio tecnico consultivo. Questo ente dipartimentale predisporrebbe i regolamenti locali per i servizi sanitari e specie i regolamenti sull'igiene del suolo e dell'abitato ora affidati ai Comuni. I vari laboratori verrebbero fusi in un unico laboratorio di vigilanza igienica dipartimentale con a dipendenza un personale adatto per prelevamento dei campioni. Così pure l'approvvigionamento idrico, i lavori per opere igieniche potrebbero venire facilitati predisponendo per ogni provincia inclusa sul dipartimento un piano regolatore e prescrivendo preventivamente adatte norme tecniche agli ingegneri progettisti.

Nella sistemazione dei servizi di profilassi comunale è ovvio che occorrerà distinguere nettamente i comuni, secondo la popolazione e le industrie esistenti, in varie categorie. I comuni principali di I^a categoria hanno già attualmente uffici d'igiene comunali completamente in assetto; resta dunque solo a prendersi in speciale considerazione i comuni minori ed i comuni rurali. Nei comuni capoluogo di circondari, ecc., occorrerà un vero e proprio ufficiale sanitario che potrebbe essere anche direttore di un ospedale consorziale per le malattie infettive, ospedale munito di autolettighe e di adatti mezzi di disinfezione.

In tali centri si sarebbero pure istituiti per l'accertamento diagnostico, diretti dall'ufficiale sanitario che pure potrebbe esser incaricato delle ispezioni del lavoro, dell'insegnamento dell'educazione fisica e dell'igiene nelle scuole. Naturalmente a tale funzionario sarebbe negato l'esercizio professionale.

Nei comuni rurali l'esperienza ha oramai dimostrato che occorre una direzione oculata e sollecita da parte del medico provinciale.

Quindi il medico provinciale avrà a sua completa dipendenza un segretario legale e vigili disinfettori e se alleggerito dalle mansioni assunte direttamente dall'ispettore dipartimentale, potrà dedicarsi con grande vantaggio a curare direttamente la profilassi e l'igiene dei centri rurali.

Col sussidio degli ospedali per le malattie infettive, coi mezzi veloci attuali di locomozione la cosa è fattibilissima.

Nei comuni rurali potrebbe bastare l'incarico di ufficiale sanitario o di ufficiale della pubblica salute da concedersi ad un sanitario residente in luogo e così nei comuni minori il medico condotto verrebbe ad essere di diritto ufficiale della pubblica salute.

Ne consegue quindi che per l'organizzazione della vigilanza igienica nei comuni rurali occorre sempre far capo al medico condotto; quindi organizzando i servizi di tale benemerita classe suole dire organizzare la profilassi rurale.

Mentre si attendono i provvedimenti per una vasta ospitalizzazione dei malati e per le assicurazioni contro le malattie fecondi di promesse pei sanitari condotti, non sarebbe forse privo di immediati vantaggi attuare subito un assetto dei servizi di assistenza sanitaria rurale e soddisfare così ai desideri di una benemerita classe di professionisti.

Forse un grande miglioramento ne potrebbe venire se in ogni provincia si determinasse una pianta organica dei posti di medico condotto pei comuni rurali.

Tali posti sarebbero divisi in tre categorie secondo la loro importanza; occupati per concorso e solo progressivamente.

I medici sarebbero spostabili nelle condotte delle singole categorie. Un unico regolamento disciplinerebbe per tutta la provincia i doveri, i diritti, le norme per la qualità di povero, gli abbonamenti agli abbienti qualora lo si desideri, nonchè il turno dei congedi. I congedi annuali di un mese sarebbero un vero e proprio diritto e le supplenze sarebbero preventivamente organizzate.

Ogni condotta dovrebbe avere un'adatta abitazione pel medico con un ambulatorio. Vi sarebbe pure una casa per l'isolamento dei malati non trasportabili nell'ospedale di isolamento non essendo praticamente possibile l'esercizio di locali di isolamento consorziali fra comuni finitimi facenti parte a diverse condotte mediche.

Per le denuncie occorrerebbe ottenere la franchigia a tutti i medici con l'ufficiale sanitario comunale e mantenere quella attuale fra l'ufficiale sanitario ed il medico provinciale.

Per la necessaria vigilanza sulle cause di morte sarebbero desiderabili accordi coll'Ufficio di Statistica giusta l'art. 27 del vecchio regolamento sanitario del 1889.

Con gli invocati provvedimenti verrebbero aboliti i famosi *possono* che all'art. 126 del testo unico leggi sanitarie disciplinano l'impianto ed il funzionamento dei locali di isolamento e dei servizi di disinfezione consorziali e quelli dall'articolo 42 circa i consorzi per i laboratori di vigilanza igienica; inoltre le prescrizioni degli articoli 132, 134, 146, 147 del regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901, n. 45, sarebbero in pratica sempre applicabili.

Conoscendo l'attivo interessamento dell'onorevole Direzione generale di Sanità si deve nutrire fiducia nell'avvenire sanitario ma è però doveroso che ognuno concorra, per quanto può, a rendere facili quelle riforme già da tempo in gran parte preordinate ma che la guerra ha reso indispensabili pel benessere sociale.

M.

NOTIZIE DIVERSE.

La Croce Rossa Italiana nelle terre redente.

Il sindaco di Trieste avv. Valerio, il sindaco di Gorizia Bombigo, il sindaco di Fiume Vignor e il dott. Petronio, assessore di Trieste, si sono recati al Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana. Furono ricevuti dal presidente senatore Frascara, dai vice-presidenti commendator Stringher, senatore Marchiafava e onorevole Ciraolo, e dal direttore generale Brezzi.

Si trattò delle più urgenti necessità per la nuova vita delle terre redente, e della istituzione in esse di Comitati della Croce Rossa Italiana. Si inneggiò alla libertà della patriottica Fiume ed alla sua unione alla Madre Patria.

Beneficenza.

È stato stipulato a Firenze l'atto legale con cui la principessa russa Maria Abamelek Lazarew nata Demidoff dona all'Opera Nazionale per gli invalidi la villa denominata l'Eremita, presso il Galluzzo, con annessi poderi, e cento mila lire per l'adattamento della villa a sede della Casa nazionale pei mutilati di guerra. La Casa deve essere intitolata al defunto marito della donatrice.

La marchesa Grazia Barone, vedova del marchese Celentano, che fu sindaco di Foggia, ha lasciato morendo 3 milioni per la fondazione di un istituto per gli invalidi di guerra.

L'ing. Lorenzo Ricci, morto or non è molto a Premilcuore, ha legato l'ingente suo patrimonio, che viene valutato a più di mezzo milione, all'Amministrazione comunale, perchè provveda alla istituzione di un ospedale.

In seguito a transazione avvenuta fra gli eredi del cav. Febo Banfi, fu versata a favore della Congregazione di Carità di Legnano, la somma

di lire 980,000 gravate di usufrutto a favore della vedova, più lire 300,000. Il testatore ha disposto che l'erogazione sia destinata, fra l'altro, alla fondazione di una Casa di maternità in Legnano.

La nobile signora Giannina Labus Bellinzoni e il comm. Francesco Bellinzoni, ad onorare la memoria della loro madre adottiva e moglie signora Paolina Bellinzoni De Maestri, hanno disposto cospicue elargizioni per un totale di 169,000 lire.

Lotteria a favore della Società e Scuola di assistenza e Soccorso.

Un D. L. inserito nel n. 1998 della Raccolta delle leggi, concede una Lotteria nazionale per l'ammontare di tre milioni di lire a favore della Federazione nazionale fra le Società e Scuole di pubblica assistenza e di soccorso, con sede in Roma, da svolgersi entro l'esercizio finanziario 1918-919.

Per l'industria del freddo.

Il ministro dell'Agricoltura, on. Riccio, accogliendo i voti del Comitato tecnico per la industria del freddo, del Comitato per la istituzione della Stazione sperimentale del freddo, presieduto dall'on. sen. prof. G. Colombo e del Consiglio zootecnico, ha disposto perchè una stazione per gli studi del freddo sorga presso la R. Scuola superiore di agricoltura di Milano, come ente consorziale autonomo.

Per i medici scolastici a Napoli.

Il prof. Tedeschi ha presentato al Consiglio comunale di Napoli, la seguente mozione:

« Il Consiglio; riconosciuto che la nomina dei medici scolastici, oltre a rispondere ad un obbligo di legge, rappresenta una necessità sociale ed igienica, da non potersi ulteriormente trascurare, senza ledere più oltre l'essere ed il divenire della popolazione scolastica, plaude all'opera della Giunta, che vincendo ingiustificate e dannose reticenze, ha con atto di energia encomiabile provveduto non solo alla istituzione ma anche alla nomina provvisoria dei medici scolastici ».

Il Ministero della Sanità pubblica in Inghilterra.

La Camera dei Comuni ha approvato in terza lettura, ad unanimità, il progetto di legge che istituisce il Ministero della sanità pubblica in Inghilterra.

Per l'intesa intellettuale italo-britannica.

L'ambasciatore d'Italia ha presieduto, a Londra, una riunione del gruppo interuniversitario franco-britannico. Questa associazione è stata formata, nello scorso giugno, allo scopo di favorire le relazioni di amicizia fra universitarî britannici e francesi e fra le nobiltà del mondo delle arti, delle scienze del commercio e dell'industria della Francia e dell'Inghilterra. Sono ora ammessi a far parte di tale associazione anche gli universitarî degli altri paesi alleati.

L'ambasciatore d'Italia pronunciò un discorso, sciogliendo un inno alla gioventù dei due paesi alleati, che ha combattuto ed ha vinto sulla prepotenza teutonica.

Il marchese Crewe, rispondendo, ha detto che in questi ultimi tempi numerose università britanniche hanno dato prova di grande zelo nell'insegnamento delle lingue straniere, ma vi è molto ancora da fare, per lo scambio degli studenti e dei professori, e si attende con piacere il momento in cui una corrente continua sarà stabilita sulle coste dell'Atlantico e della Manica da e per l'Italia e la Francia.

Possiamo esser certi, egli aggiunse, che nuovi legami e nuove forze incoraggeranno lo studio dell'italiano in Gran Bretagna e dell'inglese in Italia.

Spero che gli studenti inglesi si recheranno nuovamente in gran numero a Padova ed a Bologna, come nel tempo della Rinascenza, e quanto maggiore sarà il numero degli studenti italiani in Gran Bretagna, tanto più ne saremo contenti. L'Italia e la Gran Bretagna hanno qualche cosa da imparare l'una dall'altra. L'oratore spera che ciascun popolo in avvenire continuerà a studiare con amichevole simpatia il carattere e le conoscenze scientifiche e letterarie dell'altro.

Per l'igiene sociale in Francia.

Il gruppo medico parlamentare francese, durante la guerra, ha dato ai pubblici poteri delle direttive feconde in risultati pratici, sia nell'interesse della classe medica, sia per quanto riguarda specialmente i problemi di igiene sociale. Si è quindi costituito un comitato con diverse sottocommissioni per lo spopolamento, la malaria, l'igiene urbana, rurale, del lavoro, delle scuole, ecc. Per la ricostruzione delle terre invase si è poi riunito a Parigi dal 22 al 27 aprile un congresso interalleato d'igiene sociale: solo da decisioni internazionali può derivare un piano di lotta organico, che è necessario adottare contro i grandi flagelli dell'umanità, quali la sifilide, l'alcoolismo, la tubercolosi.

Società di Ortopedia in Francia.

È stata fondata una Società Francese di ortopedia, i cui scopi sono esclusivamente scientifici. L'ufficio della Società è stato così costituito: prof. Kirmisson (Parigi), presidente; proff. Aug. Broca (Parigi) e Denucé (Bordeaux), vice-presidenti; prof. Nové-Josserand (Lione), segretario generale; dott. Albert Monché (Parigi), segretario generale aggiunto; prof. Estor (Montpellier), tesoriere.

Una missione della C. R. russa a Roma.

Si sono recati a Roma i rappresentanti della nascente organizzazione della « Croce Rossa » in Russia, con sede centrale provvisoria ad Omsk (Siberia). La « Croce Rossa » russa, una organizzazione potentissima che funzionò pure durante la guerra mondiale, fu completamente distrutta dai bolsceviki, i quali s'impossessarono dei capitali e della quantità enorme di materiale della benefica istituzione, cacciando il personale medico e tecnico, saccheggiando i depositi, chiudendo a centinaia gli ospedali.

Nella Russia bolscevika si è costituita poi un'organizzazione che copre i suoi veri scopi

con la bandiera internazionale della « Croce Rossa », ma questa pseudo « Croce Rossa » ha per scopo precipuo la propaganda rivoluzionaria e l'organizzazione delle rivoluzioni massimaliste.

Appena in Siberia è sorto il primo governo provvisorio anti-massimalista, esso si trovò innanzi alla necessità di ricostituire la vera « Croce Rossa » per i bisogni dell'esercito combattente e della popolazione civile. Ma disgraziatamente per il funzionamento di questa istituzione manca quasi assolutamente il materiale medico e tecnico.

La « Croce Rossa » giapponese già ebbe ad aiutare la consorella russa, fornendole materiale, ma l'aiuto non è bastevole. E precisamente perciò furono inviati in Europa i rappresentanti della C. R. R., nella fiducia di ottenere il soccorso delle varie « Croci Rosse » nazionali.

Le cariche universitarie a Buenos Aires.

Un nuovo decreto governamentale della Repubblica Argentina dispone che il Consiglio superiore, quello direttivo e i decani dell'Università debbano essere eletti da un'assemblea composta a parti eguali dai professori titolari, dai professori supplenti e dagli studenti.

Risultato: alle ultime elezioni gli studenti portarono le proprie liste e pretesero che i loro candidati risultassero. Alle elezioni del decano per la Facoltà di medicina il prof. Julio Mendez ottenne 50 voti dagli studenti e 13 dai professori, mentre 73 professori raccolsero i loro voti sul prof. Palma. Gli studenti avanzarono diverse proteste contro questa elezione, insistendo a che fosse annullata. Il prof. Palma finì per rassegnare le dimissioni, dopo di che si procedette a nuove elezioni, dalle quali i professori si astennero in gran numero: così gli studenti riuscirono ad eleggere il loro candidato, senza preoccuparsi delle irregolarità che essi stessi avevano in precedenza deplorato.

In conclusione, la riforma pone le cariche universitarie nelle mani degli studenti.

Le perdite della professione medica in Germania.

Secondo dati che la *Nederlandth Tijdschrift* trae dalle liste ufficiali delle perdite in Germania, fino alla 1.200ª lista inclusa, 663 medici sono morti in seguito a ferite, 422 di malattie contratte per servizio, uno per azione dei gas asfissianti, 72 sono registrati mancanti, 332 gravemente feriti, 1.158 lievemente feriti, 212 prigionieri (Dal *Journal A. M. A.*, 1 febbraio 1919).

La Croce Rossa Svedese per la Germania.

In seguito a preghiera rivolta dalla Croce Rossa Tedesca alle Associazioni della Croce Rossa in Svizzera, Danimarca ed Olanda per l'invio di viveri per i bambini, le donne, gli ammalati ed i vecchi, la Croce Rossa Svedese, in unione alle Associazioni della Croce Rossa dei paesi neutrali, ha acconsentito ad intervenire presso le Associazioni della Croce Rossa dell'Intesa, affinchè vengano approvvigionati in Germania i poveri, gli ammalati ed i fortemente denutriti, sotto il controllo delle Croci Rosse neutrali.

Ristorante municipale per gli studenti.

Il 17 febbraio è stato inaugurato a Bordeaux un « Ristorante degli studenti », gestito dal Municipio, col concorso della Crose Rossa Americana, sul tipo di altri ristoranti municipali.

I pasti sono tariffati franchi 2.50 ciascuno; comprendono: una minestra, un hors-d'œvre un piatto di carne o di pesce, verdura o legumi, dessert, un quarto di litro di vino, pane quasi a discrezione.

Congresso internazionale di studenti.

L'ufficio internazionale provvisorio del Circolo internazionale degli studenti delle nazioni alleate e amiche della Francia ha deciso di tenere un Congresso internazionale a Parigi dal 5 al 10 maggio p. v. La segreteria generale del Congresso è affidata al sig. Jean Pinelle, rue de la Sorbonne, 16, Parigi.

H. HALLOPEAU

Ai vuoti che la morte ha fatto negli ultimi anni tra le fila dei dermatologi — basta ricordare Campana, Dubois-Havénith, Fournier, Neisser — bisogna purtroppo aggiungere quello lasciato recentemente da H. Hallopeau.

Allievo di Vulpian, Charcot, Jaccoud, i suoi primi lavori rivelarono presto una grande preparazione scientifica ed una vasta cultura generale. Nel 1884 fu chiamato all'Ospedale di Saint-Louis e da quell'epoca si dedicò di proposito alla Dermatologia portando nei nuovi studii l'impronta delle solide conoscenze biologiche acquisite alla scuola dei suoi primi maestri. La sua attività scientifica fu delle più feconde.

H. Hallopeau non fu soltanto un brillante divulgatore, così come si dimostrò nel trattato di malattie cutanee pubblicato in collaborazione del Deredde, ma il suo nome resta legato in modo duraturo alla identificazione ed alla descrizione di due nuove entità morbose: l'una, da molti designata proprio col nome di malattia di Hallopeau, che è la dermatite pustolosa cronica a focolai con progressione eccentrica o piodermite vegetante, e che egli considerava come una varietà suppurativa del pemfigo vegetante del Neumann; l'altra che è l'epidermolisi bollosa o distrofica con atrofie cicatriciformi, cicatrici cheloidi e cisti miliari.

Noi lo vedemmo l'ultima volta qui in Roma al Congresso internazionale di Dermatologia del 1912, già curvo sotto il peso degli anni ma ancora nel completo vigore della mente, pieno di entusiasmo per la scienza cui aveva dedicato tanta parte di sè stesso, e la sua nobile figura, cui dava singolare risalto la veneranda canizie, era di quelle che maggiormente s'imponevano alla reverenza dei congressisti convenuti da ogni parte del mondo civile.

Il lutto che la sua dipartita lascia in quella gloriosa scuola francese, di cui H. Hallopeau fu uno dei maestri più accreditati, è sinceramente condiviso dai dermatologi italiani in mezzo ai quali egli contava numerosi amici e larghissime simpatie.

Alla sua onoranda memoria inviamo un commosso saluto.

V. MONTESANO.

Rassegna della stampa medica.

Pathologica, 15 genn. SANGIORGI: Balantidiosi e balantidii in Albania.
Journ. Top. Med. a. Hyg., 1° febb. NICHOLS: Eziologia dello sprue, della pellagra e dello scorbuto.
Brit. Med. Journ., 8 febb. ROGERS: Il morruato di sodio nella tubercolosi.
Riv. Crit. di Clin. Med., 11 genn. SCHUPFER: Alcune considerazioni sull'influenza.
Rif. Med., 15 febb. RUGGERI: Sull'epidemia d'influenza.
Paris Méd., 8 febb. LENOIR e DELORT: L'esame del sistema digerente.
Journal Amer. Med. Assoc., 25 genn. MENNINGER: Psicosi associate all'influenza. — STETTEN e DUDLEY: Drenaggio ventricolare mediante puntura del corpo calloso nell'idrocefalo acuto. — 1° febb. DAVIS: Streptococchi emolitici. — ROTHSCHILD: La diagnosi di rigurgito mitrale.
Presse Méd., 10 febb. RAVANT e CHARPIN: La diagnosi di epatite amebica. — MAILLARD e BRUNE: Influenza ed epilessia.
Quart. Journ. Méd., 45-46. WALSHE: La patogenesi delle paralisi difteriche. — GIELLIATH e KENNEWAY: Sul vomito della gravidanza.
Cl. Ostetr., 31 genn. LA TORRE e IMPALLOMENI: Aborto da causa traumatica.
Presse Méd., 13 febb. PERRIN e BRAC: Lebbra indigena.
Paris Méd., 15 febb. DUHOT: Le nevriti da ischemia.
Riv. Crit. di Clin. Med., 25 genn. SBROCCHI: Come si diagnostica la nevrosi del cuore?
Bull. de l'Ac. de Méd., 4 febb. ACHARD: Le sequele delle intossicazioni da gas di guerra.
Surg., Gyn. a. Obst., febb. BUGBEE e LOSEE: Le anomalie congenite del rene e dell'uretere. — VINEBERG: I chorion-epiteliomi.
Rev. Española de Med. y Cir., genn. Colecistendisi, colecistostomia e colecistectomia.
Ann. di Nevrol. I-III. GAZZAMALLI: Traumatismi cranici e perturbamenti psichici. — ZIVERI: Atassie tabeto-cerebellari.
Gazz. d. Osp., 2 febb. PARI: Casi di bronco-polmonite curati con piovaccino.
La Radiologia Med., genn.-febb. PERUSSIA: I movimenti dei proiettili nell'organismo. — PONZIO: Evoluzione dei traumatismi ossei di guerra.
Rif. Med., 22 febb. CICCONARDI: Pneumotorace artificiale emostatico.
Gaz. d. Hôp., 20 febb. Trattamento delle meningiti acute con la plasmoterapia intrarachidea.
Amer. Journ. Med. Sciences, febb. STOKES: Purpura tubercolare, eritema multiforme ed eritema nodoso. — LANGSTROTH: Glicosuria insolita. — BAILEY: Diabete renale.
Presse Méd., 20 febb. BONNEFON; NAGEOTTE e SERCERT: Gl'innesti di tessuti morti e la loro « reviviscenza ».
Revue Méd. de la Suisse Méd., febb. KOENIG: Il testicolo « fluttuante ». — WANNER: Le reazioni difensive nell'influenza epidemica.
Sperimentale, 1° mar. MONTAGNANI: Milza emolitica arteriosclerotica con sindrome di anemia grave. — ZIRONI e CAPONE: Sulle infezioni miste.
Paris Méd., 22 febb. MOREAUG Nevriti e polinevriti d'origine malarica. — BEAUJARD, ROUSSY, CAILLODS e COMIL: L'osteo-artrite coxo-femorale deformante dell'adulto.
Bull. Johns Hopkins Hosp., feb. COFF: Studio elettromiografico della corea. — DANDY: Fluoroscopia dei ventricoli cerebrali.
Journal Americ. Med. Assoc., 8 feb. HERRIK: Trombosi delle a. coronarie. — CHRISTOPHER: La diagnosi precoce della gangrena gassosa.
Rif. Med., 1 mar. MONDOLFO: Malaria afebbrile primitiva?
Presse Méd., 24 mar. NOLF: Le iniezioni intravenose di peptone nelle malattie infettive. — TRÉMOLIÈRES e RAFINESQUE: Osservazioni sull'epidemia influenzale.
Morgagni (Riv.), 25 febb., LOSSO: Nuovo metodo di cura della dracuncolosi.
La Clin. Chirurgica, feb. MIONI: Ferite d'arma da fuoco della milza. — EGIDI: Ani artificiali e fistole stercoracee. — BARBA MORRHY: Lesioni violente dei seni della dura meninge.
Gazz. d. Osp., 9 febb. BACCARANI: La stafilococciemia a sindrome tifosa a ripetizione.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C.

L. Pozzi, resp.

Anno XXVI | Roma, 4 maggio 1919 | Fasc. 18

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. V. ASCOLI.

Contributo allo studio delle misurazioni radioscopiche del cuore

per il dott. PAOLO ALESSANDRINI,
aiuto, libero docente.

Non è necessario spendere parole per dimostrare che l'esame ortodiagrafico del cuore permetta meglio di qualunque altro mezzo di semeiotica di delimitare esattamente l'aia cardiaca. Questa è proiettata sullo schermo dal raggio normale portato lungo la periferia del viscere. La percussione non sempre può determinare i confini esatti del cuore, perchè può venire ostacolata dall'enfisema dei margini polmonari, dalla rigidità delle cartilagini costali, dalle deformità del torace, da aderenze o ispessimenti pleurici.

L'esame ortodiagrafico permette anche la ricerca dello sviluppo del cuore in profondità col metodo proposto dal Bordet.

* * *

Come oramai è ben noto, l'ombra radioscopica del cuore è rappresentata da diverse curve corrispondenti alle sue sezioni e dai punti dove tali curve s'incontrano partono le linee che ne misurano i vari diametri.

C D B A

Fig. 1.

C D E F G H B A

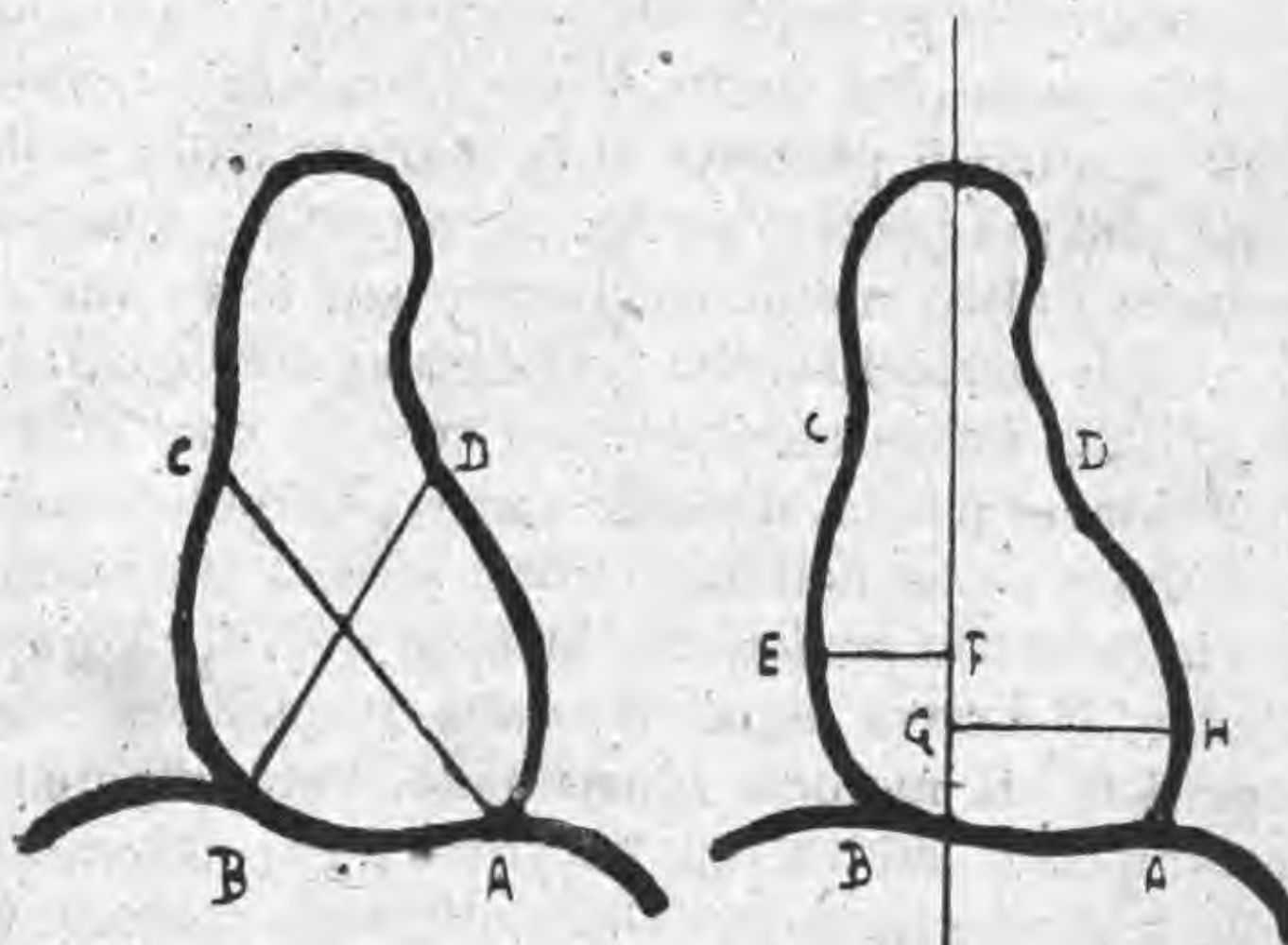



Fig. 2.

Tali punti sono i seguenti: a destra l'angolo formato dal contorno dell'orecchietta col bordo epatico in basso (*B*) e in alto col fascio vascolare (*C*); a sinistra la punta del cuore (*A*) e l'angolo formato dalla linea ventricolare colla curva corrispondente all'arteria polmonare (*D*).

Non è mio compito qui dimostrare le difficoltà che talora s'incontrano nella esatta determinazione di tali punti fissi e sui mezzi per superarle.

La retta *C A* rappresenta l'asse maggiore del cuore e corrisponde approssimativamente alla direzione del setto interventricolare: la *B D* ne rappresenta l'asse minore o trasversale e corrisponde approssimativamente alla linea di separazione tra orecchiette e ventricoli.

Dal punto di vista pratico hanno prevalso il diametro longitudinale ossia la retta *C A*, e il diametro trasverso destro (*E F*) ed il diametro trasverso sinistro (*G H*) costituiti ambedue dalla perpendicolare che passa dai punti estremi corrispondenti e vada alla linea mediana. Queste linee secondo la massima parte dei radiologi stanno a rappresentare i valori del cuore destro e rispettivamente del sinistro.

***

Praticando uno studio sistematico sul valore delle misurazioni del cuore dei tubercolosi ho notato che tale metodo di valutazione delle cavità cardiache va soggetto a notevoli cause di errore giacchè bastano lievi spostamenti del cuore dipendenti da aderenze pleuriche, affezioni diaframmatiche o mediastiniche o deformità toraciche per alterare notevolmente le cifre. Questa deficienza del metodo constatato anche da altri ha fatto intraprendere vari tentativi allo scopo di risolvere in base ai dati ortodiagrafici lo stato delle varie cavità cardiache. Così il Vaquez e Bordet per dimostrare l'aumento di volume del ventricolo sinistro hanno suggerito due metodi abbastanza semplici: il primo è rappresentato dalla ricerca dell'angolo sotto cui scompare la punta del cuore dietro la colonna vertebrale quando il paziente si fa ruotare dalla posizione obliqua posteriore destra verso la posizione laterale: l'altro metodo è basato sul fatto che il v. s. non partecipa che pochissimo alla costituzione della faccia anteriore del cuore e che la sua situazione è per la massima parte profonda e mediastinica e che nell'ingrandirsi esso si estrinseca specialmente in profondità mentre il v. d. e l'orecchietta di destra si estrinsecano specialmente in superficie. Il metodo consiste nel determinare lo spostamento subito dal bordo sinistro del cuore sullo schermo quando dalla proiezione normale si sposta il tubo di una lunghezza fissa verso il lato opposto alla punta; quanto più prominente sarà la parete posteriore del v. s. tanto maggiore sarà lo spostamento in fuori dell'ombra. Esso è un'applicazione del metodo dei triangoli opposti al vertice così felicemente sfruttato nelle localizzazioni dei corpi estranei.

Allo scopo di determinare se lo stesso principio potesse essere applicato anche allo studio del cuore destro e dell'aorta avevo intrapreso una serie di ricerche che poi ho interrotto perchè mi sono convinto che il metodo va soggetto ad alcune cause di errore dipendenti dalla maggiore o minore distanza che il cuore ha col piano dello schermo sia per la curvatura della parete toracica sia per un più o meno intimo contatto del cuore colla parete: inoltre basta pensare che bastano lievi rotazioni dell'organo per alterare i dati notevolmente.

Il Siciliano ha tentato con ricerche radiografiche di stabilire il volume delle cavità cardiache partendo dal principio già emesso dal Rummo che l'arco è proporzionale alla corda tirata ai suoi estremi. È facile però persuadersi che la determinazione di ognuno dei punti *A B C D* è soggetta a cause di errore ed inoltre le deformazioni e le rotazioni del cuore o la posizione stessa del paziente avanti allo schermo potranno alterare notevolmente i risultati. Allo scopo di non moltiplicare le cause di errore, dopo aver lungamente ricercato invano punti fissi dell'ombra cardiaca, in modo che le misure del diametro destro e sinistro non fossero notevolmente modificate dalla posizione del cuore nella gabbia toracica, sono partito dal principio accertato anatomo-patologicamente che il cuore sinistro tende nell'ingrandirsi ad estrinsecarsi posteriormente ed in basso, mentre il cuore destro tende, quando aumenta di volume, ad estrinsecarsi lungo il diametro trasversale. Cerco perciò di determinare colla maggiore esattezza il diametro *A C* ed il diametro trasversale *E F G H*. Per la ricerca di quest'ultimo non c'è bisogno di riferirsi alla linea mediosternale ma ad una linea verticale qualunque. Il diametro trasversale rappresenta così la più grande distanza che separa il margine destro dal sinistro: è necessario determinarlo col metodo già descritto perchè è eccezionale che il massimo sviluppo di ognuna delle due metà dell'ombra cardiaca corrisponda ad una linea orizzontale.

Come valore simbolico della superficie del viscere mi servo abitualmente del prodotto dei due diametri, senza ricorrere al metodo della carta millimetrata che è sempre un metodo approssimativo, quasi direi convenzionale, giacchè non tiene conto del volume. Chiamo *valore complessivo* questo prodotto che dà in una cifra il concetto delle dimensioni del cuore, chiamo invece *indice propor-*

TABELLA I.

Libbre	Tr.			L.			Indice			Valore complessivo		
						Uomini.						
109-117	10.7	10.9	11.3	11.8	12.6	13.5	0.90	0.86	0.83	126.26	137.34	152.55
118-126	11.0	11.8	12.5	12.0	13.2	14.0	0.91	0.89	0.89	132.00	155.76	175.00
127-135	11.0	11.9	13.1	12.0	13.4	14.5	0.91	0.88	0.90	132.00	159.40	189.95
136-144	11.5	12.3	13.0	12.5	13.5	15.0	0.92	0.93	0.86	143.75	166.05	195.00
145-162	12.0	12.4	13.8	14.0	14.6	15.3	0.85	0.84	0.91	168.00	171.04	211.14
163-181	11.0	12.9	13.4	14.0	14.7	15.8	0.78	0.89	0.84	154.00	189.63	211.72
						Donne.						
91-99.	9.9	10.2	10.5	12.0	12.1	12.3	0.78	0.89	0.84	118.80	123.42	129.15
100-108	10.0	10.7	14.1	11.5	11.9	12.4	0.82	0.84	0.85	115.00	127.33	137.64
109-117	10.2	11.0	12.2	10.5	12.2	13.8	0.85	0.89	0.89	107.10	134.20	168.36
118-126	9.6	11.2	12.6	11.2	12.4	13.3	0.85	0.90	0.94	107.52	138.88	169.58
127-135	10.0	11.1	11.8	12.2	12.7	13.2	0.81	0.89	0.89	122.00	140.97	155.76
136-144	10.9	11.6	12.8	12.3	12.9	14.2	0.88	0.89	0.90	134.07	149.64	181.76
145-159	10.6	10.7	12.8	11.8	12.6	13.2	0.89	0.92	0.96	125.08	147.42	168.96

zionale il rapporto tra diametro trasverso e longitudinale.

Il diametro trasverso è sempre inferiore al longitudinale: dalle tabelle del Moritz, Dietlen, Clayton e Merril e dalle mie ricerche risulta che l'indice non è mai superiore nella stazione eretta a 0.96. Anche nei sollevamenti patologici del diaframma con disposizione orrizzontale del cuore non ho mai osservato cifre superiori.

Riferisco i dati della determinazione dell'indice e del valore complessivo rilevati dalle tabelle del Clayton e Merril (v. Tabella I.).

Un indice superiore a 0.96 può considerarsi patologico e dimostra per lo più un aumento assoluto o relativo del cuore destro. Quando l'aumento delle cavità cardiache si esplica o solo o prevalentemente a carico della metà sinistra l'indice ha valore relativamente basso. Un indice normale con valore complessivo alto sta a dimostrare un aumento totale delle cavità cardiache.

Citerò solo alcuni valori ottenuti dai miei esami (v. Tabella II.).

Naturalmente ho raccolto in questa tabella solo i casi più tipici: esistono però con sicurezza alcuni casi di aumento a carico prevalentemente del ventricolo sinistro con indice normale o leggermente superiore alla norma, così esistono aumenti del cuore destro con valori presso a poco normali. Quando esiste un lieve scompenso si hanno i valori più alti dell'indice. Quindi il metodo non ha valore assoluto deve considerarsi piuttosto un metodo di orientamento: esso però risponde sempre nelle forti deviazioni. Del resto non è dovere del clinico ridurre l'indagine diagnostica a cabale o a leggi matematiche: il medico oculato prima di pronunciarsi in casi dubbi dovrà fare appello sia agli altri

TABELLA II.

	L.	T.	V. C.	Indice
Stenosi mitralica	13.5	13.7	184.95	1.01
Stenosi mitralica	14.1	14.0	197.40	0.99
Insufficienza mitralica, iposistolia	17.0	16.5	280.50	0.97
Insufficienza mitralica.	15.5	15.9	246.45	1.02
Vizio composto mitralico con iposistolia.	16.0	16.8	268.80	1.05
Vizio composto mitralico con iposistolia.	15.9	16.0	254.40	1.00
Insufficienza aortica	15.6	13.1	204.30	0.83
Insufficienza aortica e stenosi mitralica.	16.0	15.2	243.20	0.95
Insufficienza aortica e stenosi mitralica	17.0	16.5	280.50	0.97

criteri radiologici, quali la forma dell'ombra cardiaca, l'esame del cuore nelle posizioni oblique, ma sopratutto allo studio del malato, della sua storia morbosa, sia agli altri elementi d'indagine che la semeiologia ci fornisce sempre più numerosi e perfetti.

CONFERENZE.

L'influenza e le sue cause.

Riassunto di alcune conferenze tenute
dal dott. prof. S. BELFANTI,
direttore dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

Il nome prettamente italiano che vorrebbe caratterizzare la malattia che ci preoccupa, è generalmente adottato dagli scienziati e dai medici di tutto il mondo; più che una caratteristica della malattia esso dovrebbe ricordare gli influssi atmosferici ai quali si credette per lungo tempo legata nel passato. Si credeva infatti che la comparsa di questo morbo fosse legata alle variazioni, specialmente freddo-umide, delle stagioni.

Oltre a questo nome scientifico la malattia ebbe anche per l'addietro svariati altri nomi tanto in Italia che fuori, tra i quali anche quello di « febbre spagnuola », nome che è stato messo in onore dal nostro popolo nella presente epidemia, non si sa il perchè. Siccome fu anche chiamata un tempo « malattia della moda » niente di strano che alle bizzarrie del suo svolgersi abbia tenuto dietro una grande varietà di nomi.

L'influenza è un'antichissima conoscenza dell'uomo, la sicura nozione di essa risale però a circa il 1400. La descrizione che ne fanno gli antichi medici coincide con grandissima esattezza con quanto noi osserviamo nella presente pandemia.

Mi piace riferire qui quanto ne dice un cronista del 1580: « Travagliò quest'anno (dice il cronista Spelta (1) della città di Pavia) tutta l'Europa e tutta l'Asia una comune malattia, e quasi pestilentia, la quale diversamente era dimandata da chi *mal di montone*, da chi *di castrone*. E noi la chiamassimo *mal gallantino*, perchè era assai agevole guarire con alquanto di dieta, cavandosi un poco di sangue di una vena ordinaria, di modo che l'infermo in meno di otto giorni ricuperava la sanità. Ma nel tempo di cotal infermità sentiva non piccola gravezza da una ardentissima febbre, con tosse, distillazione di molti umori dalla testa, rossezza d'occhi et continuo stordimento; del che poss'io far fede, perchè da simile accidente non fui punto eccettuato. Fu opinione che le continue pioggie della primavera fusse nell'estate cagione di questa contagione, la quale, tosto che da alcuno di casa si faceva sentire, subito tutta la famiglia l'apprendeva. Et chi non si guardava nel vivere, facilmente moriva ».

Da questo piccolo spunto di sintomatologia medica della influenza del 500 si vede nelle sue linee generali la pandemia odierna; e che non fosse anche allora una malattia da prendersi alla leggera ci è dato dalla conclusione che « chi *non si guardava nel vivere, facilmente moriva* » ciò che tradotto in lingua volgare d'oggi significa che, come adesso, chi s'aveva poca cura e pochi riguardi andava incontro a complicazioni mortali.

I nostri antichi non avevano un gran campo per andare alla ricerca delle cause del contagio e dovevano naturalmente limitarsi a quelle osservazioni che a noi, abituati a studi più minuti e sperimentali, possono parere ora grossolane, quali ad es. le ragioni meteoriche: freddo intenso, caldo umido ecc.; ma che però anche ora non dovrebbero disprezzarsi come ragioni futili, perchè non vi sarebbe nulla di strano che anche per l'uomo l'ambiente caldo o freddo, umido o secco, ecc., porti delle condizioni di favorevole o sfavorevole influenza alla germinazione dei microbi patogeni che noi sappiamo ora essere causa delle malattie umane ed animali, come lo sono con evidenza straordinaria nelle malattie delle piante, ad es. per la peronospora delle viti.

Le nostre cognizioni in proposito sono troppo vaghe, e noi non abbiamo il diritto di gettare l'esperienza dei vecchi per troppa presunzione delle nostre cognizioni moderne colle quali — sebbene più precise e più particolari delle antiche — noi non vediamo ancora che qualche faccia del poliedro che costituisce la natura dei morbi.

Chi ha seguito sui giornali politici le varie discussioni che sono venute fuori dopo che l'influenza ha fatto la sua comparsa, non come un male di moda ma come un fattore che ha contribuito potentemente ad accrescere le devastazioni della guerra, si sarà accorto che la scienza, come volgarmente viene chiamata l'opera dei così detti scienziati, non è stata in questa epidemia all'altezza del compito dimostrato in altre. Come conseguenza di questa mancata azione le difese contro di essa furono di necessità incerte, titubanti, per cui la malattia ha potuto imperversare in ogni luogo quasi senza ritegno.

Furono colpite le città come i più alti paesetti di montagna, senz'alcuna differenza sia per la rapidità dell'invasione, sia per la gravezza dei sintomi.

Il fatto è riuscito doloroso al pubblico, che si cullava nella sicurezza di una scienza tanto progredita quale è la batteriologia, e che aveva dinnanzi a sè gli splendidi esempi della protezione umana ripetutamente constatata sia contro il colera, sia contro il vaiolo o contro la peste; e gli sembrava non aver torto, poggiando su questa scienza, di dormire i suoi sonni più tranquilli.

(4)

La batteriologia non è stata infatti per un certo tempo all'altezza del suo compito. Si è brancicato nel buio sulle vere cause dell'influenza come malattia principale; ma però essa ci ha servito di grande aiuto per riconoscere quelle più deleterie che sono le forme secondarie dell'influenza. Se tutte le cause di essa o ci sono sconosciute, o non completamente affermate, qualche cosa si è strappato al segreto di questa così contagiosa e fulminea malattia.

Nell'epidemia del 1889-90 non era ancora stato prospettato quale agente causale della malattia il bacillo di Pfeiffer, piccolo microorganismo che sta quasi al limite della potenza visiva dei nostri microscopi. Come causa probabile ed efficiente della influenza esso comparve soltanto nel 1892, quando cioè la vera pandemia di quell'epoca era già scomparsa, rimanendone solo dei focolai qua e là sparsi per l'Europa, come probabilmente avverrà in questa pandemia, il cui carattere contagioso fulmineo ed esteso andrà smorzandosi per lasciar luogo ad epidemie di esclusivo carattere locale.

Questo microorganismo fu allora accettato dagli scienziati come indubitata causa dell'influenza; ma la prova provata ch'esso rappresentasse il vero agente delle pandemie influenzali non poteva essere data se non al ritorno di una di queste.

In realtà tutti gli anni, e specialmente nei periodi piovosi autunnali o primaverili, si sente il nome di influenza ricorrere ad ogni momento per denotare malattie febbrili con sintomi catarrali delle vie aeree e dei bronchi. Che cosa hanno a fare queste piccole forme febbrili, che di epidemico non hanno carattere, colla vera influenza, nessuno, credo, saprebbe dirlo. È una diagnosi di comodità che il medico fa tutte le volte che si trova dinnanzi ad una forma febbrile catarrale di ignota causa.

Colla scoperta del bacillo di Pfeiffer coloro che giuravano in esso credevano di aver risolto il problema della distinzione fra la vera influenza pandemica e queste forme che chiameremo spurie, poichè solo in quelle avrebbe dovuto trovarsi il bacillo di Pfeiffer. Una grande delusione si è riversata negli animi di questi sostenitori ad oltranza del bacillo sopradetto, poichè già prima che sopravvenisse questo periodo di pandemia la specificità del bacillo era stata scossa dall'averlo molti studiosi ritrovato qua e là in molte forme che nulla hanno a che fare colla influenza contagiosa.

Al sopravvenire dell'epidemia vi fu una vera ridda di notizie contraddittorie intorno al valore attribuito a questo microorganismo come vero fattore eziologico della malattia stessa. Molti lo hanno riconosciuto per tale, molti altri ne hanno escluso ogni potere infettante per l'uomo di cui non sarebbe, secondo questi, che un volgare parassita.

Io non starò a farne l'elogio nè a dirne male; tuttavia credo di non andare errato nell'affermare che lo studio del bacillo di Pfeiffer ha bisogno di una grande revisione e che l'escluderlo quale causa efficiente, in base agli studi tumultuariamente fatti ora, potrebbe essere un errore, tanto più poi quando vogliamo considerare questo microorganismo in confronto ad altri simili ad esso che conosciamo avere una parte importante nello sviluppo di alcune malattie dell'uomo e degli animali.

È questa una questione complessa ma che non parmi fuori luogo accennare almeno di sfuggita, perchè si riconosca ch'essa è problema ancora da lungo studio.

Noi abbiamo tutta una serie di microorganismi che per il passato rappresentavano individualità con nessuna correlazione tra di loro, mentre gli studi odierni dimostrano invece che intercorrono tra di essi intimi rapporti di colleganza un tempo insospettati. Chi non ricorda ad es., quanto oggetto di discussione sia stato il bacillo della tosse convulsiva scoperto da Bordet, che è poi tanto simile al bacillo di Pfeiffer da confondersi con esso, così che si dovettero escogitare molte minuzie nelle ricerche onde poterlo differenziare. Si veda a questo proposito il lavoro di H. Giese (2) negli « Annales de l'Institut Pasteur » del novembre scorso.

Nessuno più ora dubita che il bacillo di Bordet e Gengou non sia la vera causa della tosse convulsiva, ma il non essere esso patogeno per gli animali, come appunto non è o raramente patogeno quello di Pfeiffer, ha reso il compito della identificazione e della specificità molto difficile ai batteriologi, che ne sono venuti a capo soltanto con meticolose ed accurate ricerche le quali per lo più si riducono a constatazioni d'indole biologica (agglutinazione, deviazione dei complemento). Queste ricerche sierologiche avrebbero inoltre rivelata l'esistenza di una certa affinità tra questi ed altri microorganismi che noi consideravamo ben lontani e che invece dovrebbero appartenere ad uno stesso gruppo.

Così ad es., Ferry e Klix (3) in un lavoro comparso nel « Journal of Bacteriology », hanno dimostrato che il bacillo della tosse convulsiva come un piccolo bacillo che si trova nelle broncopolmoniti del cimurro dei cani, il *bacillus bronchisepticus*, si agglutinano e deviano il complemento coi loro reciproci sieri. A sua volta poi questo *bacillus bronchisepticus* (4) avrebbe una affinità morfologica, culturale, biochimica

e sierologica con il bacillo dell'aborto epizootico delle vacche, che tanti danni produce nelle nostre stalle pur essendo pochissimo patogeno per gli animali da laboratorio. A sua volta il bacillo dell'aborto avrebbe delle grandi affinità sierologiche e morfologiche con altro microorganismo patogeno per l'uomo, cioè col *micrococcus melitensis*, agente causale della febbre di Malta.

Non è chi non veda come questi rapporti che potremo chiamare di consanguineità — si perdoni la parola — fra microorganismi così disparati, così poco o così di rado patogeni per gli animali d'esperimento, di non sempre facile coltivazione nei nostri mezzi nutritizi, devono dare a pensare che anche il bacillo di Pfeiffer possa essere o diventare qualche cosa di più di un semplice parassita, indifferente quindi alle lesioni dell'apparato aereo dell'uomo nell'influenza.

Con questo io non lo accetto ad occhi chiusi come fattore principale dell'influenza, ma rilevo soltanto che i confronti che ho fatto più sopra fanno pensare che esso debba venir maggiormente studiato di quanto si sia fatto fin ora, tanto più — come dico — che la sua ricerca, il suo isolamento, la sua coltura non riescono facili per tutti.

Che questo mio modo di vedere non sia lungi dal vero lo dimostra il fatto che: mentre sul principio dell'epidemia pochi riscontravano il bacillo di Pfeiffer e molti non lo riscontravano affatto nei malati d'influenza, negli ultimi tempi invece indagini più accurate, terreni nutritizi più appropriati, attenzioni più sollecite nel cogliere il momento opportuno, hanno fatto sì che esso — pur non essendo ancora proclamato come vero agente causale nella pandemia — è però ritornato all'onore dello studio.

Coloro che non accettarono il bacillo di Pfeiffer quale causa eziologica dell'influenza hanno tentato di spiegare l'andamento speciale di questa malattia ricorrendo alla ipotesi di un virus così detto filtrabile.

Questa ipotesi sarebbe stata sperimentalmente sostenuta prima dal Selter (5), poi da Nicolle e Lebailly (6), e da Dujarric de la Rivière (7), ai quali si aggiunsero i medici inglesi Gibson, Browman, Connor (8) e Rose Bradford, Bashford e Wilson (9). A parte che l'aver provocato con filtrati sterili provenienti da catarro naso-faringeo rialzo febbrile negli uomini e nelle scimmie non vuol dire ancora aver trasmessa l'influenza, se questa non è continuata in serie come accade per i virus filtrabili, altri ricercatori sarebbero venuti a conclusioni contrarie: così il Rosenau (10) in America, così gli studiosi nostri Micheli e Satta (11), i quali tutti esperimentarono sull'uomo senza poter riuscire a dare il quadro dell'influenza.

Di questi giorni sono comparsi due lavori importanti sul virus filtrabile dell'influenza, l'uno del Moreschi (12) il quale in una lunga serie di esperienze sull'uomo con filtrati sterili sia di sangue che d'espettorato avrebbe confermato la non trasmissibilità del virus influenzale; l'altro di Micheli e Satta (13) i quali, ritornando sulle loro esperienze precedenti e con nuovi suggerimenti tecnici, si sarebbero persuasi che il vero agente dell'influenza debba ricercarsi tra i virus filtrabili, fondando specialmente la loro persuasione su di una interessante esperienza di trasmissione di una sindrome che ricorda nei suoi particolari l'attacco di grippe genuina.

Il Segale (14) vorrebbe spiegati i casi positivi di sintomatologia influenzale coi filtrati, non per la presenza di un virus ultravisibile ma per il passaggio in essi di tossici da disgregazione degli streptococchi.

Se l'ipotesi di un virus ultramicroscopico è seducente e può avere una base di probabilità — tanto più se la mettiamo in confronto con quanto avviene in qualche malattia provocata da questi virus negli animali, ad es., nella peste suina, malattia che facilmente si accompagna a focolai di bronco-polmonite — noi però non dobbiamo lasciarci abbagliare dalla sola verosimiglianza, ma dobbiamo attenerci strettamente ai fatti stabiliti e questi non sono ancora tali da corroborare la ipotesi.

Del resto se su questo agente così eminentemente contagioso quale fattore unico e primario dell'influenza vi possono essere discrepanze, vi è invece una grande unità di vedute per ciò che concerne i fattori secondari dell'influenza stessa.

Analizziamo un momento la forma clinica della malattia, non per darne la sintomatologia, ma per meglio spiegare ciò che si deve intendere per forma primaria e per forma secondaria.

Le forme influenzali hanno in via generale una fisionomia fondamentale che è caratteristica in tutti i malati, specialmente all'inizio della pandemia. A lato ad un piccolo numero di casi anormali o complicati fin dal principio della malattia, vi sono innumerevoli casi semplici nei quali l'influenza ha la sua caratteristica e la sua sintomatologia specifica.

L'ascesa febbrile iniziale è accompagnata dai sintomi generali, colle note lesioni della mucosa faringea, nasale ed oculare. La febbre può raggiungere ed oltrepassare i 40°C. e può durare 24-48-72 ore, in genere non oltre cinque giorni, dopo di che l'individuo sfebbra pur rimanendo debole e addolentito come se uscisse da una lunga ma-

lattia, caratteristica questa già osservata dai nostri antichi, i quali mettevano sull'avviso i loro malati che la convalescenza dell'influenza è assai più lunga della malattia stessa, in causa appunto di questa adinamia generale.

Questo periodo rappresenterebbe, secondo l'opinione dei medici, il vero attacco dell'influenza pura e se dà grande prostrazione di forze non è però pericoloso alla vita dell'individuo.

Ma a complicare le cose, con una frequenza insolita in altre malattie che pur danno facili ricadute, ecco che dopo qualche giorno di relativo benessere, quando il paziente si crede già avviato alla convalescenza ed alla guarigione, insorge bruscamente un altro attacco febbrile il quale, disgraziatamente, non riproduce più la forma iniziale ma sostituisce a quella una forma assai più grave: compaiono infatti in scena fenomeni di lesioni dell'apparecchio respiratorio più profondo, sia questo bronchite, bronco-polmonite, polmonite lobare, con le conseguenze gravi e molto spesso mortali che accompagnano questo genere di lesioni.

L'andamento della curva termica avrebbe quella caratteristica, — da alcuni chiamata a V, — di cui la prima branca rappresenterebbe la fase iniziale o primaria e la seconda l'invasione secondaria o le complicanze. È opinione generale che mentre il primo stadio è dovuto alla invasione nell'organismo del bacillo di Pfeiffer, o del virus filtrabile o di quel qualsiasi agente per noi non ancora affermato, la fase secondaria è tutta da attribuire ad altri germi che si insedierebbero nel campo favoriti in ciò dall'azione preparatoria dell'agente primario. Gli studi batteriologici avrebbero dimostrato che un grande numero di microorganismi può prendere parte a questa invasione secondaria.

Sebbene questo modo di interpretare il fenomeno non sia quello semplice che i nostri maestri di clinica ci hanno insegnato e che del resto noi applichiamo al maggior numero delle altre infezioni morbose (tifo, colera, difterite, tubercolosi, ecc.), per le quali noi riteniamo che lo agente primitivo causale è o può essere capace di esplicare numerose alterazioni patologiche, senza il concorso di altri germi, nell'influenza invece, anzi che una molteplicità d'azione da germe primario, ci troviamo costretti a ricorrere a molteplici germi per spiegare le infezioni secondarie. Se ciò sia assolutamente nell'ordine della verità dovrà essere ancora discusso e studiato: il Segale giustamente fa osservare questo concetto un po' paradossale.

È infatti vero che ad es., nella pneumoenterite dei maiali — così chiamata appunto per la localizzazione molteplice e sincrona della lesione intestinale e polmonare — lo stesso agente (virus filtrabile) è causa dell'una e dell'altra lesione, mentre i germi secondari che intervengono poi ad aggravare i fatti polmonari dando luogo ad estese bronco-polmoniti sono germi del gruppo b. coli-paratifi, i quali vengono assorbiti nelle ulcerazioni intestinali e quindi passati in circolo.

La patologia comparata delle forme influenzali degli animali e quella dell'uomo fu spesso e da vari autori portata in campo nelle pubblicazioni sull'eziologia di questa malattia (vedasi Lanfranchi (15), Orticoni e Barbié (16), Murray (17). Se mi è lecito fare un'osservazione che può non essere priva di significato, rammento che nella peste suina o pneumoenterite, in cui i fatti bronco-polmonari — come ho affermato più sopra — possono sul principio dell'infezione essere esclusivamente dati dal virus filtrabile, col prolungarsi della malattia i focolai bronco-pneumonici si infettano di nuovi germi batterici dei quali i più conosciuti sono il b. suipestifer ed il b. suisepticus, germi che per la loro frequenza sono stati appunto un tempo considerati agenti patogeni di questa malattia. Non infrequentemente però oltre a questo germe trovasi il bacterium coli; si tratta dunque in complesso di germi intestinali. Non è chi non veda come queste infezioni secondarie abbiano la loro naturale porta di entrata dall'intestino, attraverso le lesioni ulcerative o difteroidi che il virus filtrabile da peste provoca nell'intestino dei suini infetti specialmente nell'ultima parte del tenue e più particolarmente ancora alla valvola ileo-cecale. La infezione secondaria quindi è in questo caso ascendente mentre nella influenza, la flora polmonare di essa sta a dimostrarlo, è discendente.

Alcuni hanno voluto raffrontare l'influenza umana alla influenza del cavallo, data da un virus filtrabile secondo le esperienze di Gaffky e Lührs (18); non si è però troppo persuasi che esso sia veramente l'agente patogeno di quella forma di malattia, la quale per di più si distacca troppo dalla influenza umana per il suo periodo d'incubazione straordinariamente lento (40 giorni circa), mentre la malattia nell'uomo ha — a quanto pare — un periodo brevissimo d'incubazione, essendovi ben accertate osservazioni di un incubazione a meno di 48 ore.

Anche per la difterite si conferma la molteplicità d'azione del germe primario, ed infatti nelle bronco-polmoniti difteriche io stesso ho dimostrato molti anni or sono la presenza nei focolai del bacillo della difterite (19).

Non voglio con questo escludere in modo assoluto l'opinione dai più ritenuta probabile nell'influenza che quel germe X primario possa es-

sere non altro che un preparatore il quale apre la porta alle invasioni secondarie. In questo caso però nell'assenza del germe primitivo noi dovremmo trovare le conseguenze di esso.

Io non ho esperienze mie personali sul meccanismo d'azione e sulla presenza del bacillo della pertosse (tanto simile a quello di Pfeiffer) nelle bronco-polmoniti da tosse convulsiva, ma se ho da credere alle ricerche del Joachmann (20), noi colà troviamo in tutto l'albero respiratorio e nel secreto dei bronchi, a lato ad un bacillo che rassomiglia a quello di Pfeiffer, uno streptococco il quale però cede il posto all'esclusivo bacillo causale nei focolai di bronco-polmonite.

È quindi strano che nelle bronco-polmoniti da influenza sia così difficile riscontrare il germe di Pfeiffer quando nelle bronco-polmoniti da tosse convulsiva è così facile trovarlo.

Lasciando da parte il problema se le infezioni bronco-polmonari siano dovute più che al germe primario a germi secondari, e ritenendolo per il momento come veritiero, vediamo ora quali siano i germi secondari che entrano in gioco nel provocare le broncopolmoniti. Già nella pandemia del 1889-90 molti ricercatori avevano osservato che nei focolai pneumonici susseguenti all'attacco dell'influenza v'erano dei germi patogeni, tra cui con particolare frequenza il diplococco pneumonico. Queste ricerche eseguite in Italia specialmente nella Clinica del Bozzolo a Torino furono poi confermate altrove largamente.

Uno sguardo ampio sulle numerosissime ricerche compiute nei laboratori batteriologici di quasi tutte le nazioni europee ed americane dimostra come in questa pandemia le infezioni secondarie siano state sostenute nel più grande numero dei casi dagli streptococchi ai quali il diplococco di Fraenkel avrebbe ceduto il passo. Non che nella pandemia del 1889-90 lo streptococco non fosse presente, ma probabilmente non gli si è data l'importanza che ha oggidì assunta e mi basti ricordare una interessante pubblicazione di Finkler (21) sulle affezioni streptococciche del polmone durante la pandemia di allora, affezioni bronco-polmonari che ricordano esattamente quelle di adesso.

Il capitolo della batteriologia degli streptococchi si è andato singolarmente allargando per dar luogo a varietà che in passato noi confondevamo. L'antica divisione di Lingelsheim e dei trattatisti di un tempo non basta più alla distinzione di essi. Il carattere fondamentale che si vuol attribuire allo streptococco che si ritrova nelle bronco-polmoniti da influenza è di essere, per così dire « emolitico »; ma a ragione il Segale trova che questa è una proprietà troppo superficiale, tanto più che spesso noi ci troviamo in presenza di streptococchi provenienti da empiemi, da pleuriti, da bronco-polmoniti post-influenzali che non posseggono la proprietà di emolizzare i globuli rossi.

È necessaria anche qui una revisione dei caratteri biologici specialmente e patologici degli streptococchi per venire a capo di qualche cosa. Lo streptococco pandemico del Segale (22), ad es., per i suoi caratteri si differenzierebbe nettamente da quel gruppo di streptococchi che noi chiamiamo « emolitici ». Secondo il predetto autore tale streptococco avrebbe, più che un valore di concomitanza, un significato eziologico primario nell'influenza. L'attacco primario sarebbe dovuto a questo germe, con localizzazioni limitandosi al distretto superiore dell'albero respiratorio. L'espandersi ai distretti inferiori provocherebbe il fatto secondario. E tanto più questa ricaduta è possibile, secondo il Segale, perchè lo streptococco pandemico avrebbe proprietà, non dirò anafilattizzanti, ma un primo attacco faciliterebbe la seconda invasione, come egli ha potuto constatare ed io pure ho potuto confermare avvenire negli animali.

La frequenza del pneumococco di Fraenkel in questa pandemia è meno grande, benchè anche esso si trovi in una percentuale non indifferente di casi.

A complicare la già imbrogliata matassa delle varietà streptococciche si deve aggiungere ancora un'altra specie che non si può lasciare in disparte; questo sarebbe una varietà streptococcica del diplococco pneumonico. Noi sappiamo infatti per gli studi degli americani che al diplococco di Fraenkel genuino, agente vero e solo della polmonite fibrinosa, e che essi indicano coi numeri I e II, se ne associano altri di cui i caratteri morfologici, culturali e patogenici si differenziano alquanto. Lo streptococco mucoso, che era un tempo considerato come appartenente al gruppo degli streptococchi veri, mercè le reazioni dell'acido coleico o della bile si distacca ora da questo per mettersi in linea col diplococco pneumonico (23). Questo streptococco mucoso, di cui io stesso ho ritrovato quattro ceppi nelle mie poco numerose ricerche sulle bronco-polmoniti influenzali, ha poi un rapporto eziologico colla malattia? Se vi è un produttore di muco e di catarro quando penetra nelle mucose questo è quel d'esso, mentre negli animali d'esperimento raramente lo osserviamo nel sangue, di dove però — se vi si trova — è sempre facile isolarlo.

Io ben mi guardo dal considerare questo streptococco quale agente causale dell'influenza ma questo dico soltanto per dimostrare con quante varietà di germi affini noi abbiamo a che fare

nella influenza e come uno studio metodico e coordinato sia necessario per sbrogliare la matassa delle infezioni streptococciche che nell'influenza hanno una parte tanto preponderante da far passare quasi in seconda linea il bacillo di Pfeiffer.

Anche non volendo accettare le vedute per altro riservate del Segale intorno allo streptococco pandemico quale vero agente dell'influenza, sia delle lesioni primarie che secondarie, dobbiamo però riconoscere che con alcune varietà di streptococchi si possono riprodurre negli animali quelle forme bronco-polmonari con tracheite ed emorragie che molti medici hanno osservato nei gravi casi d'influenza dell'uomo. Non possiamo negare quindi a questi germi una capacità che in certe circostanze può diventare specifica dell'apparato bronco-polmonare.

A queste vedute porterebbero conforto molte nostre esperienze di laboratorio e sopratutto una osservazione assai interessante di Mathers (24) che riguarda una epidemia acuta streptococcica delle vie respiratorie del cavallo, studiata nel Memorial Institute for Infectious Diseases di Chicago nell'inverno 1915-16. Queste ricerche, compiute su 117 cavalli, colpiscono sopratutto per la stranissima somiglianza dei sintomi osservati con quelli dell'epidemia influenzale dell'uomo.

Ecco come Mathers descrive le manifestazioni cliniche avutesi nei cavalli: « La comparsa era estremamente rapida, con brivido, febbre alta e catarro nasale. Questo catarro diventava in breve purulento e l'animale appariva profondamente esausto. A questi sintomi iniziali si accompagnavano in rari casi disturbi gastro-intestinali. In genere il decorso della malattia era rapido e lo attacco terminava favorevolmente. Frequentemente però sopravvenivano delle serie complicanze, quali la polmonite lobare, la pleurite, l'empiema, ascessi, linfadeniti suppurative, artriti, nefrite acute e congiuntiviti. Se l'animale veniva a morte quest'ultima era sempre dovuta alle complicazioni ».

Il sospetto che anche qui si trattasse di un infezione da virus filtrabile con complicanze streptococciche ha dovuto essere scartato; perchè i filtrati non hanno riprodotto mai la malattia nel cavallo, mentre con lo streptococco emolitico — isolato dai focolai bronco-pneumonici o dallo scolo nasale o anche coltivato in vitro — portato sulle mucose di cavalli sani si poteva determinare la malattia dopo tre giorni circa dall'infezione sperimentale.

Se nella grande generalità dei casi studiati dai ricercatori del mondo intero si afferma l'enorme importanza assunta in questa pandemia dagli streptococchi in prima linea e dal pneumococco in seconda, non si deve però dimenticare che altri studiosi coscienziosi hanno, in certe località ed in epidemie circoscritte, riscontrato e studiato germi diversi dai precedenti; così abbiamo veduto ad es., descritto un *micrococcus metatetragenus* nell'epidemia di Taranto studiata dal Saccone (25); così ancora, per trasportarci lontano, a Filadelfia le bronco-polmoniti secondarie dell'influenza erano studiate da Rucker e Wenner (26) che riconobbero come agente causale il bacillo di Friedländer e così dicasi di altri germi messi all'onore di agenti influenzali, mentre con molta certezza alcuni non saranno stati che saprofiti casualmente presenti, ma che noi non possiamo ritenere quali errori d'osservazione.

Tutto questo però, mentre ci dimostra la difficoltà del problema, ci induce anche alla considerazione che non ogni germe trovato nei focolai broncopneumonici degli influenzati merita d'essere preso sul serio; anche qui il ricercatore deve farsi guidare da tutti quei discernamenti che la pratica, lo studio e più spesso il buon senso insegna. Niente di più facile e di più probabile che una lesione delle mucose, degli epiteli, delle vie bronchiali, provocata dall'agente primario X od anche da agenti secondari ad azione violenta, faciliti la trasmigrazione della infinita flora batterica boccale giù giù lungo i bronchioli e gli alveoli polmonari. Io non saprei quindi quale valore attribuire a dei bacteri che si possono eventualmente isolare e coltivare in questi focolai.

Gli autori inglesi Whittingham e Carrie Sims, che hanno fatto numerose ricerche batteriologiche sui soldati colpiti da influenza nell'ospedale di Hampstead, avendo riscontrato tante numerose varietà di microorganismi nei focolai pneumonici e così differenti quadri clinici tra gli influenzati, osservano: « che sebbene vi sia una possibilità remota che esista un agente ultramicroscopico, non si riesce a concepire che un singolo agente attivatore possa attaccare le sue vittime in modo così diverso. La presenza di un gruppo più o meno costante di alcuni microorganismi fa sì che ogni individuo rappresenta il possessore potenziale dei sintomi specifici dati da ogni microorganismo ».

Questa grande libertà di ricerche e questo così grande numero di ricercatori senza una coordinazione negli studi ha naturalmente portato una confusione nella batteriologia dell'influenza della quale a stento tentiamo di liberarci. Con ogni probabilità un grande numero di studiosi in mezzo alla ricca flora batterica risultante nei terreni

nutritizi seminati col catarro dei bronchi, o dei focolai, o col secreto faringeo avrà forse perduto di vista il vero agente causale per seguire qualche altro germe che gli sarà sembrato interessante, rendendo così più complicata la questione. D'altra parte i sostenitori del bacillo di Pfeiffer, accontentandosi di perseguire questi, avranno tralasciato ricerche forse egualmente proficue.

Un coordinamento di vedute, di studi, di ricerche nelle epidemie influenzali, per l'avvenire sarà utile e necessario per meglio conoscere la fisionomia batterica di queste infezioni secondarie nelle varie città, nei diversi luoghi dove la influenza può dimostrarsi particolarmente infettante e maligna.

Un coordinamento di studi ci avrebbe forse data la chiave di quel singolare fenomeno, osservato da Micheli e Satta nell'epidemia svoltasi a Torino, della assenza del bacillo di Pfeiffer nei primordi dell'infezione, mentre fu osservato numeroso quando la malattia raggiunse il suo acme per scomparire poi di nuovo nel momento dell'estinzione di essa. Questo fenomeno che fu riscontrato anche da altri osservatori — e mi ricordo appunto come i medici inglesi non trovassero il bacillo di Pfeiffer nelle forme influenzali dei loro soldati sul nostro fronte mentre fu frequentemente trovato nelle truppe di Francia (comunicazione orale) — verrebbe spiegato da Micheli e Satta colle proprietà simbiotiche che tutti gli studiosi affermano possedere il bacillo di Pfeiffer specialmente cogli streptococchi, fra i quali è spesso difficile poterlo isolare. Se ciò fosse, il fenomeno riesce facilmente spiegabile perchè appunto nell'acme della malattia le invasioni streptococciche furono particolarmente frequenti.

Volendo riassumere le vedute odierne sulla patogenesi dell'influenza, secondo i concetti dei più, noi dobbiamo ammettere che il virus primitivo — qualunque esso sia, filtrabile o meno — svolga la sua azione iniziale sulle vie aeree superiori (congiuntiva, naso, faringe, laringe) con poca o nessuna tendenza a penetrare in circolo, con una sintomatologia nettamente specifica quale i clinici ci hanno insegnato a conoscere. Questo virus ignoto oltre a provocare i fatti di adinamia generale avrebbe anche una speciale azione sulle mucose delle vie aeree, togliendo loro le proprietà difensive normali, in modo da permettere che la flora boccale e delle tonsille, ordinariamente ricca di pneumococchi e di streptococchi, possa emigrare nelle parti più profonde raggiungendo i bronchioli e gli alveoli polmonari, con la conseguente flogosi e coi caratteri individuali delle singole specie batteriche colà penetrate. Si svolgerebbe insomma lo stesso meccanismo delle bronco-polmoniti spesso mortali che i nostri poveri soldati ebbero a soffrire sotto l'azione dei gas irritanti, meccanismo che non deve essere diverso da ciò che si osserva nelle bronco-polmoniti susseguenti ad alcune malattie infettive epidemiche con iniziale localizzazione nasale e faringea, quali il morbillo e la scarlattina.

Quest'emigrazione secondaria di germi nell'albero respiratorio segna la fase successiva e grave dell'influenza per la natura stessa del processo polmonare. L'azione meccanica o quella preparatrice del virus primitivo cedente poi il passo a germi successivi verrebbe coadiuvata dall'aumentata virulenza per i passaggi da uomo a uomo; perchè infatti un germe che per mezzo della tosse e dello sputo vien trasmesso da un individuo ad un altro si deve trovare in condizioni di accresciuta virulenza e di maggior facilità di contagio.

Verrebbe così spiegato il saltuario carattere di gravità assunto dalla pandemia, in città, in borgate, in luoghi i più diversi ed anche la peculiare sindrome mortale in alcuni individui ed in alcune famiglie nei quali la malattia assunse aspetto di gravezza tale da fare giustamente pensare a forme infettive ben diverse della volgare influenza.

Quantunque ci sia una certa ripugnanza ad ammettere due forme d'infezioni distinte nell'influenza, l'una classica grippale e l'altra, più grave, secondaria indipendente in quanto a causa dalla prima, tuttavia bisogna riconoscere che la esperienza, gli studi clinici suffragano questa visione.

Tra le varie descrizioni di epidemie ricordo quella del medico militare svizzero dottor A. Krafft (28) riferentesi all'epidemia di Villeret nel luglio 1918 su 500 uomini di truppa dei quali morirono ben trenta di complicazioni polmonari. L'infezione fu fulminea: dal 2 al 4 del mese 320 uomini ammalarono coi sintomi benigni d'influenza, tanto che qualche giorno dopo erano stati dimessi dall'ospedale. Ma un gran numero di questi ritornarono pochi giorni dopo alle corsie, colpiti da un quadro di sintomi ben diverso dal primo. « Ce n'était plus l'influenza des livres », esclama spaventato il collega, « c'était un processus nouveau », era insomma la forma asfittica con tutta la gravissima sintomatologia clinica di questa infezione troppo spesso mortale.

Noi dobbiamo quindi, finchè una maggior luce non sia fatta sull'agente causale e sulle proprietà patologiche di questo, ritenere la dualità clinica e batteriologica dell'influenza e delle sue complicanze.

BIBLIOGRAFIA.

(1) SPELTA. Citato da A. PIGNACCA nelle notizie intorno al catarro epidemico che regnò nella città di Pavia nell'1837. (Pavia, 1837).
(2) H. GIESE. *Recherches sur le bacille de Bordet et son apparition dans la coqueluche.* (« Annales de l'Inst. Pasteur », novembre, 1918).
(3) N. S. FERRY e H. C. KLIX. *Studies relative to the apparent close relationship between Bact. pertussis and B. bronchisepticus.* (« Journal of Bacteriology », vol. III, pag. 309).
(4) A. C. EVANS. *Further studies on bacterium abortus and related bacteria. II. A comparison of bacterium abortus with bacterium bronchisepticus and with the organism which causes Malta Fever.* (« Journ. of infect. Diseases », vol. 22, Nr. 6, pag. 580).
(5) SELTER. « Deutsche Med. Wochenschr. », 1918.
(6) CH. NICOLLE e CH. LEBAILLY. *Quelques notions expérimentales sur le virus de la grippe.* (« Comptes rend. de l'Acad. des Sciences », 21 ottobre 1918).
(7) M. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. *La grippe est-elle une maladie à virus filtrant?* (« Comptes rend. de l'Acad. des Sciences », 21 ott. 1918).
(8) CAEME-GIBSON, BOWMAN, CONNOR. (« British Med Journal », 1918, pag. 3024).
(9) J. R. BRADFORD, E. F. BASHFORD e J. A. WILSON. *Preliminary Report on the presence of a filter-passing virus in certain diseases.* (« The Lancet », 1 febbraio 1919 e « British Med. Journal », 1 febbraio 1919).
(10) ROSENAU. (« New York Med. Journal », 1918, n. 2085, pag. 866).
(11) MICHELI e SATTA. (« Il Policlinico » Sez. Pratica, 1918, n. 42 e « Archiv. per le Scienze Med. », vol. XLII).
(12) C. MORESCHI. *Sulla filtrabilità del virus influenzale.* (« Il Policlinico » Sez. Medica, 1919, fasc. 3).
(13) MICHELI e SATTA. *Sul problema eziologico dell'odierna pandemia dell'influenza.* (« Il Policlinico », Sez. Pratica, 1919, n. 8).
(14) M. SEGALE. *Azione dei filtrati di « Str. pandemicus » in rapporto alla dottrina della filtrabilità del virus grippale.* (« Il Policlinico » Sez. Pratica, 1919, n. 10).
(15) A. LANFRANCHI. *L'attuale pandemia febbrile dal punto di vista della patologia comparata.* (« Giorn. di Med. Vet. », 1 febbraio 1919).
(16) ORTICONI e BARBIÈ. (« Comptes rend. Soc. de Biol », novembre 1918).
(17) G. R. MURRAY. *Note on the comparative Pathology of influenza.* (« The Lancet », 4 gennaio 1919).
(18) GAFFKY e LUEHRS. (« Zeitschr. für Veterinärkunde », 1913).
(19) S. BELFANTI. *Sulle broncopolmoniti difteriche. Studio batteriologico ed anatomo patologico.* (« Lo Sperimentale », anno XLIX, 1895).
(20) G. JOCHMANN. *Lehrbuch der Infektionskrankheiten.* (Edith. Springer, Berlin, 1914, p. 322).
(21) D. FINKLER. *Infectionen der Lunge durch Streptococcen und Influenzabazillen.* (Edit. F. Cohen, Bonn., 1895).
(22) M. SEGALE. *Ricerche batteriologiche sulla pandemia 1918. Riproduzione sperimentale di sindromi grippali con Str. Pandemicus.* (« Pathologica », n. 243, 1 gennaio 1919).
(23) LEVY. (« Virchow's Archiv ». 1907).
(24) G. MATHERS. *The streptococcus in acute epidemic respiratory infection of horses.* (« The Journ. of infect. diseases », vol. 22, pag. 74).
(25) SACCONE. « Annali di Med. Nav. e Col. », 1918, fasc. 5/6 e « Riforma Medica », 1918, 43.
(26) J. B. RUCKER e J. WENNER. *Friedlaender bacillus the causative factor in broncopneumonia following influenza.* (« New York Med. Journ. », 21 dicembre 1918).
(27) WHITTINGHAM e CARRIE SIMS. *Some observations on the bacteriology and pathology of influenza.* (« The Lancet », 28 dicembre 1918).
(28) G. A. KRAFFT. *Une épidémie de grippe maligne dans l'armée.* (« Revue Méd. de la Suisse Romande », dicembre 1918).

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Sopra alcuni fatti in apparenza paradossali capaci di sviare la diagnosi di « epatite amebica ».

(P. RAVAUT e CHARPIN. *La Presse Médicale*, 10 febbraio 1919).

Gli autori riferiscono delle osservazioni assai importanti fatte su 21 malati di epatite amebica. Osservazioni che appaiono tanto più interessanti quando si pensi che oggi la dissenteria amebica è divenuta nelle nostre regioni assai più frequente di una volta e che una giusta diagnosi porta ad una cura specifica la quale è sempre seguita da un persistente miglioramento e da guarigione.

La diagnosi di epatite amebica, già di per sè delicata, può esser resa talvolta difficilissima perchè esistono speciali casi in cui mancano molti dei dati classici su cui si è abituati a fondare il nostro giudizio. Il medico deve conoscere l'assenza frequente di tali segni per non essere ingannato e concludere diversamente da quanto i sintomi dovrebbero fargli fare.

Quali dati possono, dunque, mancare e quali altri hanno valore per la diagnosi?

a) I precedenti anamnestici dimostrano che nel 50 % dei casi la localizzazione epatica è preceduta da chiari disturbi dissenterici (sopra tutto emissione, anche passeggera, di scariche muco-sanguinolenti). Spesso, però, tali fatti sono così fugaci che vanno ricercati diligentemente nella memoria del paziente il quale non vi ha prestato attenzione. Altre volte ancora sono i caratteri delle feci che possono ingannare: i malati per un periodo di tempo più o meno lungo non hanno avuto che una banale diarrea. A ciò si aggiunga che sintomi intestinali e lesioni epatiche non coincidono essendo queste precedute da un'attenuazione dei fenomeni enteritici.

b) La ricerca del luogo ove sia stata contratta la supposta dissenteria ha un valore relativo: la dissenteria può contrarsi nei nostri climi stessi in cui si è diffusa così da imporre ad ogni medico il dovere di pensare ad essa dinanzi a disturbi enteritici dubbi.

c) dal punto di vista clinico il segno più prezioso per la diagnosi, oltre l'ingrandimento del fegato e la presenza (non frequente) di una tumefazione evidente e palpabile di esso, è il ritrovare un punto doloroso netto e circoscritto in corrispondenza dell'ipocondrio destro. Una puntura esplorativa fatta in questa zona dimostra nel modo migliore la verità della diagnosi clinica e dà ragione della fase in cui l'epatite si trova (fase presuppurativa o suppurativa della epatite amebica). È molto interessante il conoscere che spesso nei vecchi ascessi si può avere un'apiressia assoluta.

d) L'esame radioscopico conforta il reperto semeiotico specie nella dimostrazione di prominenze epatiche evolventisi verso il diaframma. Ma l'esame radioscopico è fallace e sta contro i fatti messi in luce con i mezzi fisici abituali nei casi in cui la tumefazione epatica si estrinseca anteriormente o verso l'epigastrio. Per il controllo invece dei risultati terapeutici ottenuti l'indagine radioscopica, ove sia stata chiara prima della cura, è assai dimostrativa potendosi seguire la graduale riduzione del volume del fegato.

e) Il riscontrare amebe dissenteriche o cisti nelle feci non è assolutamente necessario per confermare la diagnosi di epatite amebica. Amebe e cisti possono ritrovarsi sia nel prodotto della lesione epatica, sia nella parete di esso prodotto, sia nelle feci: ma dalla statistica dei casi esaminati dagli AA. risulta come il reperto di amebe o cisti nelle feci sia più raro che nel contenuto della lesione epatica anche quando si sia proceduto con i mezzi atti ad arricchire le feci di parassiti. Può talvolta accadere che numerose punture esplorative del fegato siano negative e riescano positivi per la presenza di amebe gli esami delle feci: altre volte riescono negative ambedue le ricerche eppure i risultati della terapia specifica (scomparsa della febbre, riduzione di volume del fegato, miglioramento sorprendente dello stato generale) rendono indubbia la diagnosi.

La necroscopia di tre pazienti morti in seguito all'operazione dà ragione di tali fatti a prima vista incomprensibili: in uno non furono ritrovate lesioni intestinali di sorta; in altri due esse erano completamente cicatrizzate. Nel fegato di tutti e tre i cadaveri furono dimostrate numerose amebe dissenteriche viventi.

Questa divergenza tra alterazioni intestinali ed epatiche unita al fatto che di frequente i malati raccontano come al comparire dei dolori epatici si ebbe una diminuzione notevole dei disturbi intestinali solleva la questione se sia il caso di pensare ad uno speciale determinismo nel senso che la localizzazione epatica debba considerarsi come una vera e propria metastasi capace di far scomparire il processo intestinale al pari di una epididimite che rallenta la blenorragia da cui ha avuto origine.

In un malato, che si è offerto spontaneamente, si è tentata una fissazione ascessuale nel fegato: durante tutto il tempo di evoluzione dell'ascesso epatico le scariche muco-sanguinolenti son diminuite e le amebe sono scomparse dalle feci: cessata la suppurazione epatica i disturbi enterici e le amebe son ricomparse. Ma la cura dapprima tentata invano questa volta è riuscita molto più efficace.

f) Uno sguardo agli esami praticati nei 21 casi di osservazione degli AA. mostra come anche la leucocitosi del sangue (raramente davvero alta) sia in nessun rapporto con lo stadio e l'estensione della epatite.

Concludendo si può dire che un numero talvolta eccezionale di elementi classici per la diagnosi di epatite amebica può mancare. Un malato può non avere nei suoi precedenti nessun segno di dissenteria; può esere stato sempre nei nostri climi senza essersene mai allontanato; le sue feci in apparenza anche normali possono non contenere amebe dissenteriche o cisti ed essere portatore di un ascesso epatico amebico. Ciò è in contradizione con quello che si è osservato nei paesi caldi: tanto più importanti appaiono allora queste divergenze quando ci si rivolga la domanda se nei nostri climi non dovremo essere esposti di frequente a ritrovarci dinanzi a casi così discosti dalle forme classiche.

La conoscenza di questi fatti paradossali per i quali due mezzi di sicura diagnosi possediamo (la puntura esplorativa e la cura specifica) danno al medico l'opportunità di formulare una diagnosi brillante e di salvare con sicurezza individui i quali pareva dovessero da un momento all'altro lasciare la vita.

Riguardo alla terapia gli AA. preferiscono la cura mista di novoarsenobenzolo per iniezioni endovenose e di cloridrato di emetina per iniezione ipodermica. In genere praticano iniezioni di gr. 0.30 di novoarsenobenzolo ogni sei giorni e per i tre giorni successivi ad ognuna di esse iniezioni di emetina alla dose progressiva di ctgr. 4, 6, 8: fra la quarta e la settima iniezione di novoarsenobenzolo sospendono l'emetina per riprenderla dalla settima alla decima: Così che in cor-

plesso ogni malato viene a fare 10 iniezioni endovenese di novoarsenobenzolo da gr. 0.30 ognuna e 18 iniezioni sottocutanee di emetina corrispondenti a gr. 1.08. I risultati, sia dal punto di vista della cura, sia dal punto di vista del cristerio *ex adiuvantibus*, sono sotto ogni riguardo magnifici.

D. MASELLI.

CHIRURGIA.

Gli effetti della anastomosi uretero-vescicale sul rene.

(ANDERS PETERSON, ROCHESTER. *The Jour. of the Amer. Med. Association*, vol. 71, n. 23).

L'uretero-cisto-neostomia è stata eseguita la prima volta nella chirurgia umana per curare delle fistole vaginali ureteriche. Backer nel 1878 ne operò il primo caso dalla via vaginale. Un caso simile fu riferito nel 1889 da Mc Arthur; nel 1890 Davemport, operando anch'egli dalla via vaginale, impiantò nella vescica un uretere che sboccava anormalmente nella vagina. Successivamente l'argomento dell'impianto degli ureteri nella vescica fu trattato da Bazy, dal Novaro, dal Franz, dal Krönig, ecc. Attualmente non sono pochi i chirurghi che abbiano eseguito delle uretero-cisto-neostomie e le vie seguite sono state per lo più quelle che ordinariamente conducono alla ricerca della porzione inferiore degli ureteri o la via intraperitoneale. Tuttavia pochi chirurghi hanno larga esperienza di questa operazione, così che interessante appare l'articolo dell'A. il quale riferisce su 24 anastomosi esegute sperimentalmente sui cani e su 21 eseguite nell'uomo dai chirurghi della *Mayo Clinic*.

Le tecniche dell'anastomosi sono state quelle proposte dai seguenti operatori.

1. COFFEY (originariamente proposta per l'impianto dell'uretere nell'intestino). — Incisione lunga 3/4 di pollice sulla tunica muscolare della vescica. Piccola incisione sulla mucosa per permettere l'ingresso dell'uretere nella vescica. L'uretere viene introdotto nella vescica, dopo averne spaccato l'estremo, e ancorato 3/4 di pollice più in basso del punto di entrata. Lo strato muscolare della vescica e eventualmente quello sieroso vengono avvicinati intorno all'uretere e infine un punto situato 1/4 di pollice sopra il punto dell'anastomosi fissa l'uretere alla vescica.

2. STILES (proposta anch'essa per l'impianto nell'intestino). Attraverso un semplice foro fatto nel viscere si fa penetrare l'uretere non spaccato preventivamente. Con punti che interessano da una parte la parete dell'uretere, dall'altra la vescica questa viene addossata all'uretere.

3. FURNISS. Si prende una piega della vescica e la si perfora con una Kocher. Si hanno così due fori nel viscere. Si fa penetrare l'uretere nella vesciva e lo si fissa vicino al foro più basso lasciando libero l'estremo dell'uretere. Questo foro viene poi richiuso.

4. MANN. Due incisioni non interessanti la mucosa e distanti 1/2 pollice una dall'altra sono fatte nella vescica. Il ponte mucoso interposto viene scollato per formare un canale nel quale si introduce l'uretere il quale alla fine viene fatto entrare nella vescica attraverso un piccolo foro praticato nella mucosa in corrispondenza del taglio più basso. L'uretere, il cui estremo è stato preventivamente spaccato, viene ancorato alla vescica con fili di catgut. I tagli della vescica vengono ristretti con punti che ne addossano la parete all'uretere, senza interessare l'uretere stesso.

Nelle 24 operazioni sperimentali si sono avuti l'80 % di successi. Gli insuccessi sono stati dovuti a stenosi dell'anastomosi, a infezioni o al distacco dell'uretere. Quando fu usata la seta, intorno ad essa si formarono concrezioni che sarebbero mancate se si fosse usato il catgut. In alcuni casi sacrificati dopo pochi giorni si trovò una lieve dilatazione della pelvi e dell'uretere probabilmente dovuta all'edema traumatico operatorio che aveva prodotto una stenosi dell'anastomosi la quale probabilmente dopo qualche giorno sarebbe scomparsa.

Per i risultati e principalmente per la semplicità di tecnica, il processo di Mann è sembrato il migliore. La buona tecnica per eseguire una anastomosi uretero-vescicale richiede: 1° una rigida asepsi; 2° un buon piano operatorio per stabilire una anastomosi impermeabile; 3° evitare ogni sutura che penetri nella parete o nel lume dell'uretere, ad eccezione dei punti di ancoraggio terminale; 4° non maltrattare l'uretere prendendolo con Klemmer.

Tra i 21 casi di uretero-cisto-neostomie eseguite nell'uomo, 17 poterono essere tardivamente riosservati. Si trovò che nel 18 % dei casi esisteva una lieve idronefrosi con funzione discretamente conservata; nel 30 % la funzione renale era cessata del tutto. In questi casi, al momento dell'operazione, l'uretere era già dilatato oppure l'impianto fu dovuto fare sotto tensione elevata. Se si tolgono questi casi, si ha che la funzione resta ben conservata nel 75 % dei casi e discretamente conservata nel 25 %.

Da queste constatazioni risulta che, quando al momento dell'intervento si trova l'uretere dilatato e quando l'anastomosi non si può fare

che sotto tensione, è preferibile abbandonare il piano di ricongiungere l'uretere alla vescica e contentarsi di legare l'uretere. Per poter fare ciò senza pericolo, occorre conoscere il valore funzionale dell'altro rene e sapere con certezza che la sua sola funzione possa esser sufficiente. Vi sono dei casi nei quali per intensa ematuria o per spasmo della vescica o per spasmo e ostruzione anatomica, il cateterismo dell'uretere del lato sano non può essere eseguito. Allora può esser sufficiente un saggio con la fenolftaleina. Se l'eliminazione è normale o quasi e si trova poi, durante l'intervento, un uretere dilatato, si può quasi certamente presumere che la funzione è avvenuta quasi completamente attraverso l'altro lato e perciò la legatura dell'uretere malato può essere eseguita con certezza quasi assoluta.

G. EGIDI.

FISIOPATOLOGIA.

Il significato dell' acidosi.

In Inghilterra siede in permanenza un « Comitato per le ricerche scientifiche » il quale dispone di fondi cospicui per promuovere gli studi nel campo della medicina.

Esso nominò, nell'agosto del 1917, un « Comitato speciale per l'investigazione dello shock chirurgico e delle forme affini » il quale ha eseguito un poderoso lavoro, consegnato fin'oggi in sette rapporti.

Molto interessante è l'ultimo di questi rapporti, il quale affronta la controversa questione dell'*acidosi*.

***

La designazione di *acidosi* è poco felice, in quanto che fa supporre una reazione acida del sangue, la quale è del tutto eccezionale.

Per solito nella così detta acidosi la riserva di alcali nel sangue si trova soltanto *abbassata al disotto del 70 % del normale*.

Questa diminuzione dell'alcalinità è stata accertata nel diabete grave, dopo l'anestesia generale e nello shock traumatico, ossia quando è più facile di riscontrare la sindrome clinica denominata appunto acidosi.

Per tale motivo si è voluto stabilire un rapporto di causa ad effetto tra i due fenomeni.

Ammettendo questa patogenesi semplicista, la cura dell'« acidosi » diverrebbe di una facilità estrema: basterebbe somministrare gli alcalini.

***

Se non che, si può escludere anche *a priori* che i fatti siano così semplici.

Per ragioni di chiarezza ammetteremo che l'alcalinità del sangue sia legata soltanto al bicarbonato sodico e l'acidità soltanto all'acido carbonico: non staremo molto lontani dal vero. Se il contenuto di bicarbonato si abbassa, basta che si riduca proporzionalmente il contenuto di acido carbonico, perchè risulti mantenuta ad un livello normale la concentrazione degli idrogenioni, ai quali è legata la reazione acida e da cui dipende l'effetto fisiologico dell'acidità (come venne dimostrato in un rapporto precedente).

Ora, la remozione dell'acido carbonico dal sangue viene effettuata molto facilmente e in modo automatico dall'organismo, grazie alla maggiore attività del centro respiratorio. Quindi è inconcepibile che la diminuzione di acido carbonico, compensata quasi senza sforzo dall'organismo possa condurre alla grave sindrome denotata come « acidosi ».

***

Con una lunga serie di esperienze rigorosamente condotte, gli autori della relazione hanno dimostrato che si riesce a iniettare forti dosi di acidi nei conigli e nei gatti, fino ad abbassare la riserva di alcalini al disotto dei limiti inferiori osservati nei casi più gravi di coma diabetico, senza che ne risulti alcun disturbo apprezzabile (eccettuata una leggera dispnea dopo gli sforzi). Interessa notare, a questo proposito, che alcuni membri della Commissione avevano creduto, in ricerche anteriori, di provocare sintomi simili a quelli dello shock, mediante l'iniezione di acidi; ma le esperienze precise ora eseguite hanno finito per convincerli, loro malgrado, che i loro risultati non erano da imputare alla riduzione dell'alcalinità.

In altri termini, la diminuzione dell'alcalinità del sangue non ha nulla da fare con la sindrome nota in clinica come « acidosi ».

Per quanto questa coincida spesso con quella, non può derivarne, dal momento che la diminuzione di alcalinità non è in grado di provocare alcun disturbo apprezzabile. La clinica aveva corso troppo, nell'accettare una patogenesi non ancora dimostrata e nel trarne un nome che ricerche ulteriori avrebbero dovuto smentire; è quanto è accaduto anche per la così detta « uricemia ».

***

Si può supporre che, pur essendo incapace di determinare la sindrome dello shock od altre manifestazioni gravi, la riduzione di alcalinità del sangue possa agevolare però e aggravare il compito di altri fattori morbosi, come le emorragie, l'ipoadrenalismo, la narcosi eterea o cloroformica, l'iniezione di peptone, d'istimina, ecc. Ma le

ricerche eseguite dalla Commissione inglese in tal senso portano ad escludere anche questo compito sussidiario: è risultato unicamente che la ipoalcalinità del sangue, esagera l'azione deprimente di certi anestetici.

Dunque l'acidosi clinicamente intesa non dipende dall'acidosi chimicamente riconoscibile. Questa non interviene nè quale fattore efficiente, nè quale fattore coadiuvante, nè direttamente, nè indirettamente.

***

Resta ora a vedere come si determina l'abbassamento dell'alcalinità, o più semplicemente la diminuzione della riserva di bicarbonato sodico, osservata nello shock e in altre condizioni morbose che i medici chiamano di « acidosi ».

I lavori sperimentali compiuti dalla Commissione dimostrano che questo stato dipende da deficiente ossigenazione dei tessuti.

La determinazione del contenuto di bicarbonato nel sangue ha dunque soltanto il valore di un *indice*: dimostra che l'ossigenazione dei tessuti è deficiente.

Da questa nozione derivano applicazioni pratiche utilissime. Per esempio, risulta con chiarezza l'importanza di mantenere un adeguato rifornimento di ossigeno ai tessuti.

L'aumento di acidità del sangue stimola i centri respiratori, epperò determina aumento della ventilazione dei polmoni e del rifornimento di ossigeno ai tessuti: in altri termini, è lo stimolo e il movente dell'auto-regolazione.

Se noi somministriamo gli alcalini, turbiamo questo meccanismo e quindi arrechiamo del danno: *la terapia alcalina dell'acidosi è sconsigliabile.*

L'ossidazione dei tessuti può essere ridotta da molte cause: diminuito potere di fissazione di ossigeno nel sangue, per riduzione della massa totale del sangue (anemia acuta da emorragie) o per riduzione del contenuto di emoglobina o per diminuita tensione dell'ossigeno nell'aria inspirata, rallentamento della circolazione, ecc.

L'anemia acuta, in genere, si deve escludere: infatti si può rimuovere fino al 75 % della massa totale del sangue senza grave danno, purchè essa venga sostituita da soluzione salina gommata.

Anche altri fattori intervengono raramente. Molta importanza spetta soltanto all'ultimo di essi: rallentando con vari mezzi la circolazione del sangue, gli autori hanno ottenuto in tutti i casi, acidosi di varia intensità.

Di solito il rallentamento della circolazione dipende da debolezza del cuore o da dilatazione dei vasi: per la terapia della così detta acidosi *importa dunque di sostenere il cuore e di provocare vaso-costrizione* (cardiocinetici, vaso-costrittori).

Il rifornimento di ossigeno ai tessuti giova anche per altri scopi terapeutici, ad esempio per ostacolare la gangrena gassosa, prodotta da germi anaerobi, i quali si sviluppano più attivamente in assenza di ossigeno.

Si potrebbe supporre che la deficiente circolazione, da cui per solito dipende lo scarso rifornimento di ossigeno, sia determinata da ipoalcalinità, epperò che si possa ripararvi correggendo quest'ultima; **ma gli autori** dimostrano che anche tale ipotesi deve escludersi.

***

La relazione di cui ci siamo occupati analizza anche i fattori che intervengono nel determinare la reazione del sangue e mette in luce la distinzione tra riduzione dell'acalinità e aumento dell'acidità, determinate in base alla concentrazione di ossidrilioni e di idrogenioni. Ma questo capitolo di fisica-chimica presenta un interesse prevalentemente dottrinario.

L. V.

NOTE E CONTRIBUTI.

Di alcuni pseudo-suicidi.

Si leggono di tanto in tanto nelle cronache dei giornali alcuni casi di suicidi che per le strane particolarità da cui sono costantemente accompagnati sembrano degni di una speciale considerazione.

Per quanto mi consta non è stata finora sufficientemente richiamata l'attenzione sia dei medici sia di quanti s'interessano allo studio dei problemi sociali, su questi che chiamo pseudo-suicidi per le ragioni che si rileveranno dalle note seguenti. Ma sopratutto, se le deduzioni che da questi tristi fatti si traggono hanno una base reale, è urgente destare in proposito l'allarme dei padri di famiglia e di tutti coloro che hanno cura della gioventù.

Il genere di suicidi di cui ci occupiamo si effettua sempre per impiccagione, ed è perpetrato da ragazzi tra i 10 e i 20 anni, o poco più, nell'età cioè della pubertà. Particolare importante, l'apparato impiantato per la manovra di auto-impiccagione è visibilmente disposto in maniera che il soggetto possa sospendere a sua volontà la pressione del laccio e quindi l'asfissia; infatti questi impiccati non si trovano mai pendenti nel vuoto a distanza dal suolo, ma al contrario sono a tanto poca altezza, che per non toccare con i

piedi il pavimento o il terreno, e poter effettuare quindi la pressione sul nodo, hanno dovuto retrarre di proposito le estremità inferiori e mantenersi così di loro volontà pendenti dal laccio. Bastava dunque distendere le gambe per trovare il sostegno, arrestare l'asfissia ed evitare la morte. E tale tutto fa pensare che fosse l'illusione funesta che spingeva questi falsi suicidi all'atto insano. Lo prova per esempio l'incredibile manovra usata da uno di questi infelici il cui caso fu riportato dai giornali pochi anni fa.

Costui dopo aver legato il capo di una corda con nodo scorsoio al piede del letto, s'era disteso lungo sul pavimento a fianco del letto stesso, e introdotto il collo nel laccio, esercitava a suo piacere la pressione sul nodo scorsoio puntando i piedi all'estremo opposto del letto!

Ma altri particolari distinguono nettamente questi pseudo-suicidi dal suicidio vero nel quale tutto rivela la volontà decisa di morire. Il soggetto è generalmente un ragazzo di civile condizione, di famiglia agiata, non fu mai sottoposto a privazioni o maltrattamenti, anzi per le condizioni della sua famiglia era abbondantemente provvisto di comodità della vita e spesso viveva nel lusso; non ebbe quindi mai ragione alcuna di dolersi della vita. E del resto l'età di questi suicidi è quella in cui della vita non ci si duole anche se non le sorrida l'agiatezza.

Le inchieste fatte hanno escluso sempre che i parenti o le persone che accostarono questi soggetti avessero notato in loro il più lontano accenno a propositi tristi; non hanno preceduto l'atto insano rimproveri o punizioni, e generalmente tutte le testimonianze furono concordi nell'affermare che fino al giorno della catastrofe, anzi spesso fino a pochi istanti prima (come si rileverà da alcuni dei casi qui appresso riportati) il ragazzo si mostrò d'ottimo umore e intento tranquillamente ai suoi giuochi o alle occupazioni proprie della sua età, tanto che la tragedia è avvenuta fulminea, impensata ed è rimasta per tutti assolutamente inesplicabile.

Altro particolare molto notevole, tali suicidi si effettuano talvolta nell'interno di latrine.

Chi scrive, impressionato alcuni anni fa da un caso caratteristico di questo genere, che potè seguire da vicino nei suoi più minuti particolari, (vedi caso n. 1) prestò da allora attenzione a tali fatti man mano che ricorrevano nelle cronache dei quotidiani, e ne raccolse alcuni che qui vengono trascritti direttamente dal giornale, ad eccezione del primo che, come s'è detto, è di osservazione propria.

1. — H... Ragazzo di circa 12 anni, sano, intelligentissimo, di distinta famiglia (il padre è professore all'Università) figlio unico, adorato dai suoi che gli hanno fatto dare una educazione raffinata; è studente di tecniche, parla tre lingue. Dalle notizie fornite dal padre si apprende che è di carattere franco, gioviale, studia con amore e si dà con passione ai divertimenti propri della sua età; mai nessuna nube è venuta a turbare la tranquillità spensierata della sua breve esistenza. Il giorno della catastrofe, tornato dalla scuola del suo solito umore, dopo essersi trattenuto tranquillamente con la madre, era passato nella sua cameretta e s'era messo a tavolino mentre la mamma restava nella camera attigua. Dopo qualche tempo, non avvertendo alcun rumore, la madre entra nella camera e uno spettacolo orribile le si presenta alla vista. Il ragazzo fatto un nodo scorsoio con una cinghia, ne aveva fissato un capo alla maniglia della finestra chiusa, e con le gambe rattratte e sollevate dal pavimento, pendeva dalla cinghia già fuori dei sensi.

Con la respirazione artificiale prolungata e le altre cure del caso si arrestò l'asfissia, ma il ragazzo non riprese più i sensi e dopo poco più di un giorno morì.

Questo caso è assolutamente tipico; ma ho la convinzione che anche in quelli che seguono, se si fossero potuti raccogliere particolari precisi, si riscontrerebbe la stessa evidenza di quanto si vuol dimostrare in queste note.

2. — (*Il Messaggero*, 25 maggio 1913) « Stasera verso le 19,30 in via Ettore Vernazza (Genova) fu trovato impiccato lo scolaro Giovanni C... di anni 10. Aveva un nodo scorsoio alla gola e si era seduto su una scaletta di legno.

Del fatto fu subito informata la P. S. che si recò prontamente sul posto anche per accertare le vere cause del fatto che sono alquanto misteriose ».

3. — (*Messaggero*, 20 febbraio 1916). « (Napoli). Il giovanetto Luigi P., stasera trovandosi solo in casa con la cameriera Luigia L. si chiuse nella ritirata e qui si impiccò con una cinghia di cuoio dopo essersi completamente denudato. La madre, tornata a casa ha avuto l'orribile visione del cadavere del figlio. Il P. frequentava la 3ª ginnasiale ed apparteneva a famiglia distinta. Dalle indagini eseguite dalla P. S. non è stato ancora possibile stabilire le causali del suicidio ».

4. — (*Giornale d'Italia*, 29 luglio 1913). « Due coloni Tommaso P. e suo cugino Antonio P., alquanto brilli, andarono ieri sera alle otto nella loro vigna in via Portuense n. 191. Tommaso uscì dalla capanna e non tornò più; questa sua assenza prolungata fece sospettare il guardiano che volle andarne in cerca. Presso un filare di viti il guardiano ha rinvenuto il P. appeso ad un palo. L'infelice legata al solido legno la fascia che sorreggeva i suoi pantaloni, e formato alla estremità un nodo scorsoio, vi aveva infilato il capo. Fu trovato con le gambe piegate, posizione scelta dallo sventurato, non appena posta la testa nel cappio, per non urtare con i piedi contro il terreno.

Le cause del suo funesto proposito non si conoscono ancora ».

5. — (*Messaggero*, 16 giugno 1913). « Telegrafano da Bruxelles all' « Excelsior » : Un incidente tragicomico è avvenuto in una casa della via Lesbroussard a Bruxelles. Uno degli inquilini trovò, rincasando, un impiccato ai piedi del proprio letto. Egli tagliò la corda e tentò invano di richiamarlo in vita. Quindi i presenti credendo

quell'individuo morto lo misero sul letto ed avvisarono la polizia. Accorsero sul luogo un ufficiale di polizia, un medico e due portatori di barella per trasportare il cadavere al Deposito mortuario. Ma quando penetrarono nella camera, l'inquilino emise un grido di stupore. Il letto era vuoto e l'impiccato era scomparso. Le frizioni energiche avevano prodotto il loro effetto, ed il suicida era rinvenuto. Vedendosi solo e vergognandosi dello scandalo provocato, l'impiccato aveva preso il suo cappotto e alla chetichella uscì dalla finestra senza essere veduto ».

6. — (*Messaggero,* 14 giugno 1913). « Abbiamo da F. che nelle ore pomeridiane di ieri il proprietario fornaio Francesco S., appena tornato da Roma è salito nella camera della propria abitazione soprastante al suo negozio in via dell'Olmo, e con raccapriccio ha veduto che sospeso nel vuoto impiccato vi era il proprio figlio quindicenne di nome Piero. Accorso vicino a lui ha tagliato subito la funicella e con somma gioia ha veduto che il figlio dava ancora segni di vita benchè avesse gli occhi quasi fuori dell'orbita. Si ignorano per il momento i motivi che hanno indotto il giovinetto al triste passo ».

7. — (*Messaggero,* 11 febbraio 1913). « Dopo di essere stato tutta la giornata a travasare il vino, forse in preda dei vapori dell'alcool, verso sera improvvisamente si allontanava da casa il contadino P... Pietro. La sua giovane moglie aspettò lungamente che egli tornasse, dopo cominciò a cercarlo ma inutilmente. Questa mattina invece nel casolare rustico di sua proprietà è stato trovato impiccato. È strano questo suicidio; il luogo scelto per suicidarsi e il modo lasciano il campo a l'immaginazione di correre. Il suicida era di statura molto superiore alla normale, alcuni che lo conoscono dicono che sia superiore a m. 1.80 e il travicello a cui ha legato la corda fatale è appena alto 2 metri dal suolo ».

8. — (*Tribuna,* 8 agosto 1918). « Ieri l'altro Luigi V... giovane di appena 15 anni, di carattere mite ed aperto, facile parlatore e studioso, s'era alzato di ottimo umore, s'era recato a visitare una possessione del padre, poi era ritornato alla villa ed aveva desinato con appetito, allegro e spensierato.

Nel pomeriggio aveva giocato ancora e scherzato con i fratelli nel giardino.

Intorno alle 17 i fratelli, i quali erano usciti lasciando nel giardino Luigi di eccellente umore, rientrando si trovarono dinanzi al più terrificante macabro spettacolo..... E fu il fratello maggiore che per il primo, gettando un urlo di angoscia, vide il corpo di Luigi già rigido dondolare da un ramo di un fico. Il giovinetto senza che nulla potesse neanche lontanamente far supporre, senza apparente ragione si era impiccato nella breve assenza dei suoi cari ».

Dall'esame delle circostanze che accompagnano, alcune in modo costante, i suicidi qui sopra riportati, mi sembra non si possa mettere in dubbio che i soggetti in parola non avevano e non potevano avere il fine di troncare la loro esistenza; ma che avevano organizzato l'apparato di strangolamento per un altro scopo e nell'illusione di poter regolare lo stringimento del laccio a loro piacere ed arrestarlo al momento opportuno. In una parola nulla questi casi hanno di comune con i veri suicidi, e quando la morte si verifica realmente, come purtroppo accade spesso, ciò avviene contro la volontà del soggetto. A quale scopo allora tale macabra manovra viene organizzata?

È noto comunemente l'effetto della compressione del laccio sulle vertebre cervicali, e il fenomeno dell'erezione ed eiaculazione che si verifica negli appiccati. I trattati che si occupano delle degenerazioni del senso sessuale sono ricchi di descrizioni delle più stravaganti e ripugnanti manovre suggerite dalla loro fantasia morbosa ai disgraziati in preda alle aberrazioni di una libidine sempre più accesa e sempre più insoddisfatta. Ma mi limiterò a riportare soltanto due brani dell'opera magistrale del Bloch che fanno molta luce sugli strani suicidi in parola.

Nel volume: I. BLOCH, *La vita sessuale dei nostri tempi nei suoi rapporti con la civiltà moderna,* si legge a pag. 450 a proposito del masochismo:

« Il cliente X voleva appunto che la camera di esecuzione di tortura fosse tutta nera; egli aveva inviato la carrucola da Colonia colla quale si faceva trarre in alto e sospendere.

Ciò lo eccitava perchè aveva l'illusione di essere..... sul patibolo! E quando era diventato in faccia tutto cianotico, allora era « pronto ». Io temevo che una volta o l'altra mi morisse e non l'ho accontentato che una volta ».

E più avanti, a pag. 582-583, a proposito di suicidi per impiccagione:

« Uno più originale di tutti scrive: Io ho 50 anni, sono sempre stato felice, non potevo pensare che vi fosse una gioia o un piacere nuovo che non avessi ancora provato, tranne quello di una morte rapida e facile; ed ecco mi capita sotto mano un dizionario di medicina da cui apprendo che una felicità suprema avrei ancora potuto gustare con un genere speciale di morte.

Mi si troverà appeso alla finestra. Che nessuno pianga e tutti dicano: ecco un uomo che ha conosciuto tutte le felicità umane! ».

Non è possibile, ponderando bene i particolari che accompagnano i casi di impiccagione da noi riferiti, non pensare all'identità di essi con il caso di cui parla il Bloch.

È evidente dunque che l'unica spiegazione plausibile per quei suicidi è ritenerli pseudo-suicidi dovuti ad una specie di manovra di masturbazione sciaguratamente e contro ogni intenzione del paziente, finita in tragedia.

Senza dubbio un'obbiezione a tale veduta si presenta subito alla mente. Può sembrare strano che ragazzi di buone famiglie e in età ancor te-

nera siano a conoscenza degli effetti della manovra d'impiccagione sull'apparato sessuale, tanto da essere invogliati a tentarla. Ma chi si impressionasse di questa obbiezione mostrerebbe di non aver idea esatta dell'intensità con cui purtroppo si svolge tra i giovani la propaganda della corruzione, favorita dal dilagare delle così dette opere di volgarizzazione della scienza, le quali portano in menti inesperte certe cognizioni che molto meglio sarebbero loro risparmiate.

In ogni modo non è scopo di queste note trattare la questione medico-legale; convinto chi scrive che si nasconde nei fatti riferiti l'esistenza di un pericolo per la gioventù, tanto più grave quanto meno è noto, crede opportuno che sia il medico a destare l'allarme tra i genitori e tra quanti hanno responsabilità nell'educazione dei giovani, perchè siano presi serii provvedimenti al fine di salvare per quanto è possibile tante giovani esistenze minate dall'orribile pericolo.

Roma, febbraio 1919.

AUGUSTO CARELLI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medico-chirurgica di Pavia.

Seduta dell'11 aprile 1919.

Contributo allo studio delle culture in vitro dei tumori maligni.

Prof. VERATTI. — L'O. comunica i risultati di alcune sue ricerche su culture alla Carrel di un adenocarcinoma della mammella di una cagna.

Le culture furono osservate su sezioni in seni dopo fissazione in formalina ed inclusione in paraffina.

I fatti più importanti risultanti da queste ricerche e che sono documentati dai preparati presentati alla Società sono i seguenti:

1. Nelle culture del tumore in esame che era costituito da tessuto connettivo e da tessuto epiteliale, si ha proliferazione di entrambi i tessuti a differenza da quanto avviene nei tessuti adulti normali nei quali solo il connettivo sopravvive e prolifera.

2. Le cellule epiteliali, che nel tumore costituivano le pareti di canalicoli e di alveoli, in cultura proliferando formano uno strato continuo di rivestimento sulla superficie del pezzo seminato, dal quale si dipartono degli zaffi lunghi e sottili in direzione raggiata.

3. Dove il materiale di cultura è in parte liquefatto o distaccato dal pezzo seminato gli elementi epiteliali di adattano alla superficie libera del materiale di cultura formando un rivestimento sottile e regolare esteso per larghi tratti.

Sul metodo Carrel nella cura degli empiemi pleurici.

Prof. MORONE. — L'O. ha iniziato l'applicazione sistematica del metodo di Carrel di sterilizzazione delle ferite come complemento delle toracotomie per empiemi pleurici traumatici e non. Ha trattato così 13 casi, di cui 8 di empiemi pleurici spontanei o metapneumonici e 5 di fistole post-toracotomiche, postumi di empiemi per ferita di arma da fuoco. Solo in 10 casi ha potuto fare, per circostanze varie, osservazioni utili: esse, sebbene scarse, acquistano valore se aggiunte alle altre non numerose osservazioni riferite, tanto più che i risultati ottenuti corrispondono a quelli avutisi in queste ultime.

Ritiene di poter concludere che nella cura degli empiemi pleurici acuti non traumatici il metodo Carrel rappresenta un buon complemento dell'intervento chirurgico, come quello che porta ad estinguere più rapidamente il processo infettivo e quindi offre l'opportunità di chiudere il più precocemente possibile la ferita operatoria, così da permettere al polmone di ripristinare la sua funzione normale o vicina al normale.

Il tempo medio richiesto perchè si raggiunga con il lavaggio alla Carrel la sterilizzazione della cavità pleurica suppurante è però piuttosto lungo, in media di circa un mese, per quanto non tale da impedire in genere una consecutiva riespansione del polmone.

Ad ogni mòdo ritiene gli siano da preferirsi quei metodi che, permettendo una buona disinfezione della cavità pleurica, favoriscono il dilatarsi già in primo tempo del polmone. All'epoca in cui si potrà procedere alla sutura della parete il polmone, mantenuto elastico ed obbligato a funzionare, potrà ripristinare più rapidamente e più sicuramente le sue condizioni anatomiche e funzionali.

Tra i procedimenti noti considera il solo veramente pratico, e quindi da preferirsi, quello di Morelli che ottiene attivamente per aspirazione la espansione del polmone, creando una pressione negativa endopleurica superiore al normale, e cimenta subito l'elasticità del polmone, quando essa perciò è massima.

Tale metodo l'O. ha avuto l'opportunità di vedere in atto sempre con risultati molto soddisfacenti; nei casi più favorevoli già nei primi giorni di cura il polmone si riespande al normale.

Negli empiemi pleurici conseguenti a ferite toraco-polmonari d'arma da fuoco il metodo Carrel di lavaggio, fatto seguire alla toracotomia,

favorisce la sterilizzazione della cavità, e buoni risultati è suscettibile di fornire ancora tardivamente dopo operazioni per fistole toraciche. Però è da osservare che negli empiemi acuti traumatici il metodo Morelli ha più precisa indicazione ancora che non in quelli cosidetti *medici*, perchè gli ispessimenti pleurici da organizzazione di emotoraci e per l'infiammazione, che così spesso si formano, rendono più difficile e precaria la dilatazione del polmone, e perchè la sterilizzazione della cavità richiede, per la presenza di tali ispessimenti, maggior tempo, cosicchè è da ritenersi più incerta una buona distensione del polmone ferito.

Unica controindicazione a tale metodo è la possibilità che si riapra la ferita polmonare, ciò che sarà da temersi negli empiemi che succedono dopo breve lasso di tempo alla ferita o nelle larghe lacerazioni del polmone.

La controindicazione pertanto andrà vagliata volta per volta.

Nella cura delle fistole toraciche postoracotomiche o non il metodo consigliato da Tuffier è quello di elezione: la decorticazione del polmone dovrà essere riservata ai casi più gravi in cui il polmone resti fortemente compromesso e sia tenuto allontanato dalla parete toracica. In quei casi di gravità minore o quando esista qualche controindicazione generale ad un atto operativo di una certa entità qual'è l'operazione di Delorme, delle semplici scarificazioni interessanti tutto lo spessore della pleura ispessita saranno sufficienti per raggiungere una buona guarigione.

Su di un caso di Scalp.

Prof. MORONE. — L'O. illustra un caso di scalp dovuto all'azione combinata di un trauma contundente e di strappamento, nel quale si ottenne una guarigione completa mediante trazione elastica sui lembi di cuoio capelluto retratti e con innesti alla Tiersch, malgrado che tale cura sia stata iniziata dopo più di due mesi dalla lesione.

Sulla colorazione dei bacilli tubercolari.

Prof. GASBARRINI. — L'O. per mettere in evidenza i bacilli di Koch raccomanda come decolorante l'*acido lattico,* già proposto dall'Hauser e recentemente riportato in onore dal Cépède.

La tecnica della colorazione è assai semplice e spiccia. Seguendo le norme di Cépède, dopo aver fatto agire sullo striscio, previamente fissato alla fiamma, la fucsina fenica dello Ziehl a caldo per alcuni minuti, lo si porta, con o senza lavaggio, nel *lacto-bleu* per 2'-3'.

Questo liquido è formato da una miscela di bleu di metilene in eccesso, 40 cc. di acido lattico e 160 cc. di acqua distillata (una parte) con alcool a 95° (quattro parti). Esso decolora e controcolora nello stesso tempo. I bacilli di Koch finamente colorati in rosso spiccano sulla flora associata e sugli elementi citologici, che presentano in debole tinta bleu un aspetto di freschezza, difficilmente raggiungibile con gli altri metodi.

Per ricercare i bacilli tubercolari nelle urine conviene innanzitutto far agire sul preparato per 5'-10' della lisciva di soda addizionata con alcool in rapporto del 5 %, allo scopo di togliere l'acido-resistenza al bacillo dello smegma, eventualmente presente; ovvero prolungare fino a 25' circa il passaggio nel *lacto-bleu*.

Col metodo di colorazione al *lacto-bleu* l'O. ha potuto trovare molte volte bacilli di Koch in sputi, riusciti negativi con il procedimento di Ziehl, in casi dubbii di tubercolosi, che furono poi accertati. Questo metodo offre dunque — secondo l'O. — oltre ad economia di tempo, il vantaggio di una grande precisione e finezza di colorazione dei bacilli tubercolari, della flora associata e degli elementi citologici, ma, più che tutto, sicurezza di diagnosi.

Con ulteriori ricerche l'O. si propone di vedere se il metodo possa servire bene anche per lo studio della tubercolosi nei vari tessuti.

GASBARRINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

La cefalea di origine pituitaria.

Fra le diverse cause della cefalea non sono da trascurarsi le eventuali alterazioni della ghiandola pituitaria, di cui è specialmente importante riconoscere gli stadî iniziali, prima che sia pienamente sviluppata la sindrome pituitaria (cefalea frontale grave, sonnolenza, alterata costituzione ossea o adiposità, ecc.). Uno dei sintomi più precoci è appunto la cefalea frontale che non cede ai rimedî.

Ogni aumento di volume dell'ipofisi, causato da stimolo o aumento di funzione, o alterazione della ghiandola stessa, provoca un dolore di capo speciale, più frequente nelle donne e nell'età giovanile.

Durante la mestruazione e la gravidanza tale aumento è fisiologico: può essere ciclico, in rapporto con la ricorrenza periodica della mestruazione, oppure sotto la dipendenza della funzione genitale. Anche altri disturbi ghiandolari agiscono sull'ipofisi (subinvoluzione della ghiandola pineale, del timo, affezioni delle surrena-

li, ecc.). Anche un trauma psichico o fisico (del capo) può provocare alterazione di funzione e così pure i diversi tumori, che si possono insediare nella pituitaria.

Da tutte queste condizioni deriva una sproporzione fra il volume della ghiandola pituitaria e la sella turcica che la contiene; da tale stato di cose, ne viene di conseguenza una cefalea, caratterizzata dalla sede, dalla durata, dalla persistenza.

Il malato si lamenta di un dolore situato dietro agli occhi con la sensazione di qualche cosa che preme su questi e produce un abbagliamento di vista. Avverte un senso di costrizione o di pressione, oppure di un corpo endocranico mobile.

La cefalea può durare mezz'ora, o dei giorni interi, od essere continua; nelle donne spesso si presenta nei periodi mestruali. Scompare spesso improvvisamente e ritorna con esacerbazioni, in seguito ad eccitamento, ad ingestione di zucchero. È talora accompagnata da nausea o vomito, da stanchezza estrema; i pazienti sono pigri, si addormentano facilmente, vanno soggetti a depressioni psichiche. Nei bambini si ha facilmente ritardo di intelligenza, negli adulti talora perdita di senso morale. La mestruazione è talvolta precoce (10-12 anni), tal'altra tardiva (16-18), irregolare (ogni due-tre settimane) abbondante.

Si ha talora poliuria e stipsi all'acme, mentre la cessazione è accompagnata da diarrea. Esiste la linea bianca di Sergent.

Per i rapporti della pituitaria con la produzione dello zucchero si notano anomalie nel metabolismo di questo, con desiderio smodato di dolciumi, ed eccesso di cefalea dopo l'ingestione.

Trattasi generalmente di soggetti con capelli neri e grossi, peli abbondanti, ossa lunghe e grosse: faccia con occhi troppo ravvicinati od allontanati, naso largo, mascellari superiori sporgenti, prognatismo del mascellare inferiore, fattezze grossolane, labbra grosse, statura alta con mani e piedi grandi; talora adiposità eccessiva. La pressione sanguigna è bassa; il sangue contiene poco o troppo zucchero; la tolleranza per questo è aumentata o diminuita. Talora vi è diminuzione del campo visuale temporale.

Quando non si tratta di alterazioni da neoplasma, una cura precoce può dare grande giovamento (Irving H. Pardee *Arch. of intern. medicine*, n. 2, 1919) specialmente per quanto riguarda la cefalea. Si dà l'estratto della ghiandola (15 mg.-12 cg. per dose): in media si somministrano sei cg. un'ora dopo il pasto. Ottenuto il miglioramento si sospende gradatamente il medicamento, somministrandolo invece che ogni giorno, da tre a cinque volte la settimana. La cura non va continuata troppo a lungo.

fil.

Mixedema con tumore della pituitaria e lesioni di altri organi endocrini.

W. H. Good (*Endocrinology*, 1918, n. 4) riporta l'osservazione di un individuo che, verso i 43 anni, dopo gravi attacchi di influenza, ebbe gengivite e vacillamento dei denti, perdita dei baffi, notevole pallore cutaneo: pochi anni dopo, in seguito a grave infortunio, frattura dell'omero e probabilmente frattura depressa alla sommità del cranio. Verso i 58 anni le sue condizioni peggiorarono: l'ammalato avvertiva facile stanchezza, sentiva costantemente freddo ed era sempre sonnolento.

All'esame obbiettivo si notava fra l'altro edema al dorso delle mani ed alle palpebre, capelli radi, barba e baffi sostituiti da pochi peli bianchi, peli del pube e dell'ascella quasi assenti, labbra e lingua bluastre, leggero esoftalmo, apatia, debolezza generale, parola lenta; l'impotenza datava da una quindicina d'anni. L'individuo avvertiva sempre dei brividi di freddo: l'esame del sangue mostrava 3,650,000 di emazie per cmc. e 3020 leucociti, fra cui in prevalenza i linfociti.

Trattavasi in complesso di mixedema con attività subnormale di tutte le funzioni organiche, termogenica, circolatoria, urinaria, digestiva, metabolica, muscolare e mentale.

L'esame con i raggi X dimostrò la scomparsa del processo clinoide posteriore della sella turcica; i reperti oftalmoscopici accertarono un'evidente pressione pituitaria sul chiasma dei nervi ottici.

Durante il tempo in cui rimase in osservazione ebbe tipiche esplosioni metaboliche, le quali si ripetevano a periodi irregolari da due a nove mesi. L'individuo avvertiva un malessere generale, poi un forte brivido che durava un'ora e mezza: le unghie e le labbra si facevano intensamente bluastre; dolori lancinanti alla schiena, grave cefalea da pressione, vomiti ripetuti, poi febbre (39°.5), seguita da profuso sudore, sete ardente, delirio con logorrea ed atteggiamenti isteroidi. Talvolta si verificava altresì incontinenza delle urine e delle feci, e stato stuporoso anzichè delirante.

Durante la malattia si notarono sensibili miglioramenti con l'uso dell'estratto di tiroide e di pituitaria. Il soggetto morì poi per pneumonite intercorrente.

All'autopsia si riscontrò: atrofia e sclerosi della tiroide, testicoli, capsule surrenali e cute: emoangioendotelioma della pituitaria, pneumoni-

te lobare, congestione, cirrosi e degenerazione grassa del fegato.

In questa osservazione dell'A. sono specialmente da rilevarsi la presenza del timo ed il fatto che contemporaneamente erano affetti la tiroide, la pituitaria ed i testicoli; è anche interessante la leucopenia specialmente dei polimorfonucleari.

Dal punto di vista clinico va notata altresì la piccola quantità di tiroide che veniva somministrata (da sei a diciotto centigrammi dell'estratto secondo la farmacopea americana); talvolta il trattamento venne anche sospeso per la grande prostrazione che provocava. Un'altra caratteristica di questo caso erano le crisi metaboliche, a periodi irregolari, che simulavano accessi malarici, e sembravano parte integrante dell'affezione.

La durata della malattia, la notevole partecipazione della pituitaria dimostrano che trattavasi probabilmente di un tumore, benigno in sul principio, che ha subito in seguito degenerazione maligna.

r. s.

Tumore cerebrale con lunghi periodi latenti.

In una donna, sulla quarantina, ricoverata all'ospedale in stato di semi-incoscienza, con emiparesi spastica di sinistra ed ambliopia, venne fatta diagnosi di tumore cerebrale destro, escludendo la sifilide e l'ascesso cerebrale.

Tale donna si riebbe poi e visse ancora per tre anni in discreta salute, tanto da poter attendere alle sue faccende domestiche.

Durante questo periodo ebbe però altri due accessi, analoghi al primo, preceduti da cefalea, vomito ambliopia, e manifestatisi con stato letargico e convulsioni. Essi si presentarono rispettivamente a distanza di 18 e di 30 mesi dal primo.

Quanto alla diagnosi di tumore, si fa notare che essa veniva confermata dalla subitaneità della morte. Poteva però mettersi in dubbio per la costante mancanza di neurite attiva, fatto però che non fa escludere senz'altro il tumore cerebrale quando vi siano gli altri segni. Anche la cefalea, che pure è uno dei sintomi più costanti, è mancata nell'ammalata, durante lunghi periodi. Le convulsioni generali notate dalla inferma sono tutt'altro che patognomoniche dei tumori cerebrali: esse, ad ogni modo, appartengono di solito ai periodi avanzati, sebbene possano talvolta notarsi sul principio ed essere anche attribuite ad epilessia idropatica.

La necroscopia dimostrò la presenza di un tumore molle, ben definito che occupava gran parte del lobo frontale e si estendeva indietro, a destra fino alla scissura del Rolando.

Si trattava di glioma con cellule rotonde, fusate, ramificate, con grandi cellule nucleate, immerse in una sostanza fondamentale reticolare.

Un'altro caso analogo viene riportato (cfr. *Medical Review*, febb. 1918). Si trattava di un uomo, che ha avuto per un anno, giornalmente, accessi di emiparesi sinistra facciale con sensazione di vertigini, debolezza alla mano sinistra, convulsioni toniche della metà sinistra della faccia, seguite da convulsioni cloniche con partecipazione del braccio sinistro. Non vi fu mai perdita di coscienza.

Dopo una larga cura di ioduro, l'ammalato, ben ristabilito, ritornò al suo lavoro, sentendosi in buone condizioni di salute.

Qualche mese dopo, però venne assalito da forte cefalea, ritorno della paresi e morì dopo una diecina di giorni.

L'autopsia dimostrò la presenza di un grosso glioma con emorragia recente nel suo interno, il quale occupava la più gran parte del lobo frontale destro e si stendeva indietro nell'area motrice, raggiungendo la superficie dietro allo inizio della scissura di Silico.

I. P.

TERAPIA.

L'elioterapia nelle nefriti croniche.

È da tempo usata nel trattamento del morbo di Bright la diaforesi, provocata dalla stufa umida o secca, dal bagno di vapore o di aria calda: sotto la sua influenza le funzioni renali subiscono un miglioramento ed aumenta la diuresi.

A. Cetrangolo (*Prensa med. argentina*, 20 febbraio 1919) fa osservare che la elioterapia può avere la stessa indicazione: sotto la sua influenza, di fatto, l'organismo subisce, in seguito alla evaporazione cutanea, una perdita di peso che può raggiungere valori elevati: oltre a ciò la vaso-dilatazione periferica alleggerisce in parte il lavoro cardiaco. Nelle osservazioni fatte sopra due infermi, la perdita di peso, dopo l'elioterapia, è variata nell'uno da 200 a 900 gr., nell'altro da 500 a 1500. Anche la tensione arteriosa si modificava, abbassandosi quella minima ed ancor più quella massima; ciò dimostra che la elioterapia, provocando una vaso-dilatazione periferica, diminuiva lo sforzo cardiaco. Quest'ultimo effetto e la notevole diaforesi consigliano l'applicazione dell'elioterapia anche nelle nefriti.

r. s.

Il trattamento della splenomegalia con anemia nei sifilitici.

Nei casi di origine sifilitica, simulanti la sindrome di Banti, J. Eason (*Edinburgh medical Journal*, nov. 1918) ritiene si debba anzitutto tentare un trattamento antisifilitico.

Questo è anzitutto innocuo, mentre d'altra parte può portare dei notevoli miglioramenti, quando lo si eseguisce con cura, sorvegliandone gli effetti con l'esame del sangue.

Se la reazione di Wassermann rimane positiva, l'operazione è necessaria, quanto per i casi tipici di malattia di Banti. L'operazione però non è da considerarsi come urgente se in seguito a trattamenti ripetuti si può ogni volta arrestare l'attività dell'infezione.

In molti casi la splenectomia ha potuto guarire prontamente l'anemia, ed in seguio la sifilide rispose al trattamento specifico rinnovato. La mortalità operatoria, in mani sperimentate, è nulla. I. P.

Il trattamento dell'ipertrofia del timo.

Vi è una notevole differenza nel quadro clinico della semplice ipertrofia del timo e dello stato timico-linfatico. La prima si sviluppa già nello stato fetale; la trachea, già prima della nascita, è compressa dal timo abnormemente grosso, fino alla soffocazione mortale. Lo stato timico-linfatico invece non è congenito; sulla sua genesi hanno notevole importanza la costituzione e la alimentazione.

L'ipertrofia del timo può essere curata con i raggi X: W. Birk (rif. in *Journ. Am. med. Assoc.*, 25 genn. 1919) riporta cinque casi in cui il timo, eccezionalmente ipertrofico, si ridusse prontamente alle dimensioni normali, e tale rimase, salvo in un caso in cui subì ancora un ingrossamento. *r. s.*

Trattamento del reumatismo acuto.

Il paziente deve restare in riposo assoluto a letto, avvolto fra le coperte e non nelle lenzuola, con una camicia da notte di flanella. La dieta deve essere di latte diluito con acque minerali, o di brodo di pollo; nella convalescenza può essere più larga, evitando però le carni rosse.

Il salicilato di sodio, o la salicina (meno deprimente del primo) sono i rimedi specifici: nei casi gravi si dà il salicilato a dosi di gr. 1.30 ogni due ore, fino a scomparsa del dolore, poi ogni quattro fino alla caduta della febbre, poi sempre meno frequentemente, togliendolo gradatamente. Nei casi meno gravi, si dà la stessa dose ogni quattro ore.

Se i salicilati non sono tollerati, si daranno altri preparati (aspirina, olio di Wintergreen). I salicilati hanno il vantaggio di abbreviare il decorso, proteggere il cuore, diminuire la probabilità di ricadute. Qualcuno però vi preferisce il trattamento alcalino, con forti dosi di bicarbonato di sodio (4-5 gr.) ogni tre ore: si diminuisce la quantità quando le orine divengono alcaline.

Se i dolori articolari sono gravi, si fanno dei fomenti ed eventualmente si mette l'arto in una doccia. Possono giovare le lozioni con carbonato di sodio ed alcali, ovvero un linimento di salicilato di metile. Talvolta bisogna ricorrere alla morfina. Si combatte l'iperpiressia con bagni freddi.

(Wheeler e Jack: *Medical Record*). *r. s.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'etiologia della Bilharziosi.

CAWSTON (*The Journal of the American Associat.*, 16 febbraio 1918, pag. 439), discussa la sintomatologia di questa particolare forma morbosa, si ferma a lungo sulla sua etiologia.

Le ricerche fatte in tale senso sono veramente interessanti. Cawston sarebbe infatti riuscito a dimostrare la presenza di cercarie, sviluppatesi in un mollusco d'acqua dolce, comune in quelle regioni, *Physopsis africana*, che era stato esposto all'infezione per mezzo dell'urina di un malato.

Da ricerche successivamente fatte su parecchie centinaia di tali molluschi, provenienti da diverse parti del Natal, in cui la malattia è diffusa, egli potè trovare le cercarie di bilharzia nella proporzione di circa il 10 % dei campioni esaminati.

L'A. pensa che tali cercarie possano penetrare nell'organismo umano specialmente attraverso la mucosa orale di chi beve l'acqua infetta.

Queste importanti osservazioni confermano intanto — a breve distanza di tempo — l'idea sostenuta dal Fulci nel gennaio 1918. Questi infatti, in una riunione di medici militari a Catania (vedi *Policlinico*, Sezione pratica, 1918, pag. 208) combattendo in base ad una serie di argomentazioni, l'ipotesi ancora dominante, che l'infezione fosse dovuta alla penetrazione del miracidio nell'uomo attraverso la pelle, aveva sostenuto invece che il miracidio, appena fuoriuscito dall'uovo, penetrasse in qualche mollusco d'acqua dolce, frequente in quelle regioni, in cui la bilharzia è endemica; in esso *compisse gli stadi intermedi di sviluppo* per poi penetrare nell'uomo, assai probabilmente, per la via del canale digerente. S.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO.

La diagnosi batteriologica della difterite.

Prelevamento del materiale. — Si usa a tale scopo un batuffoletto di cotone, strettamente avvolto attorno ad un filo di ferro zincato o ad una bacchettina di legno e sterilizzato in un tubo. L'uso della bacchetta di vetro è da proscriversi per la sua stessa fragilità. Si passa il tampone sulle tonsille e nel rino-faringe: per evitare l'insudiciamento con la saliva, è consigliabile abbassare la lingua con una spatola.

Esame culturale. — Giunto il campione in laboratorio, si procede subito all'allestimento delle colture: a tale scopo anzichè strisciare il tampone sul mezzo di coltura, è preferibile prelevarne largamente il materiale a mezzo dell'ansa di platino. Il terreno di coltura generalmente usato consiste nel siero di Löffler (3 parti di siero di sangue con una parte di brodo contenente l'1 % di glucosio); è consigliabile tenerlo anzichè in tubi, in scatole di Petri, in cui sono più agevoli la semina del materiale e l'osservazione delle colonie, che sono già visibili dopo 12 ore, e meglio ancora dopo 18-24; grandi quanto una capocchia di spillo, opache, grigiastre, lucenti. Da queste si può poi procedere all'esame microscopico (preparati per impressione o per emulsione). Un terreno di coltura analogo è stato proposto recentemente da Costa, Troisier e Dauvergne, aggiungendo il tornasole e saturando parzialmente l'alcalinità naturale del siero; si ha così il vantaggio di una rapida differenziazione dei difterici, che attaccano il glucosio con produzione di acidi, dai pseudodifterici, che non lo attaccano. Il terreno è composto con siero di cavallo (100 cmc.), soluzione di glucosio al 30 % (10 cmc.), tintura di tornasole concentrata (30 goccie), soluzione di acido solforico a 10 ‰ (3 cmc.). Si fa solidificare in stufa a siero, o in autoclave; l'essenziale è di raggiungere lentamente 75°-80°, mantenendo poi tale temperatura per un'ora e un quarto. Dopo 24 ore le colonie dei difterici sono rosse al centro e rosee alla periferia, affondate nel mezzo di coltura, discretamente trasparenti; quelle dei pseudodifterici sono più allargate, opache, spesse, d'aspetto biancastro o grigio. In seguito le differenze si accentuano: le prime restano circolari e si fanno ombelicate, mentre la colorazione si fa più netta e si diffonde nel terreno; le altre, oltre a rimanere senza colore, acquistano forma irregolare e globulosa, sopraelevate, a margini dentati (1).

Allestite le colture, si passa all'*esame microscopico*, con il materiale esistente sul tampone, che si striscia sul vetrino e si colora poi sia con i noti metodi del Neisser sia con altri:

a) Neisser 1°: Blu metilacetico (Blu di metilene cgr. 10, alcool cmc. 2, acido acetico glaciale cmc. 5, acqua dist. 95): 30 secondi, si lava e si colora per 5 secondi con soluzione recente di vesuvina 0.2 %.

b) Neisser 2°: modificato da Gins. Si colora dapprima per 10-20 secondi con una miscela fatta da due parti di blu metilacetico in cui la quantità d'acqua è portata a 100 cmc. e da una parte di soluzione di cristalvioletto (gr. 1, alcool cmc. 10: acqua dist. 300): le due soluzioni si conservano a lungo; la miscela è bene prepararla al momento. Dopo una breve lavatura, trattare per 3-5 secondi con soluzione di acido lattico (gr. 1 in 99 gr. di liquido di Lugol), si lava bene e si fa una colorazione di contrasto per 3-5 secondi con crisoidina (1 : 300 di acqua dist. calda: filtrare).

Con queste due colorazioni applicabili anche ai preparati fatti dalle colonie (per impressione od emulsionando in acqua distillata) si vedono spiccare i granuli blu o violacei sul resto del bacillo giallastro.

Un metodo proposto recentemente per i preparati fatti, emulsionando in acqua distillata una piccola parte di colonia, è quello di Tribondeau e Dubreuil. Seccato il preparato all'aria, si fissa in alcool assoluto, si colora per 5 minuti in cristalvioletto (gr. 1; acido fenico nevoso gr. 2 1/2; alcool assoluto cmc. 10; acq. dist. 90: filtrare), poi con vesuvina (2 ‰) sino a che la colorazione passa dal viola al bruno (1-2 minuti); i granuli polari sono violetto-nerastri, ed i bacilli giallastri.

Con l'esame microscopico si troverà che una buona parte degli essudati rino-faringei contiene soltanto forme cocciche (strepto- o stafilococchi): anche l'eventuale presenza di una o scarsissime forme bacillari non può permettere la diagnosi di difterite. Le incertezze incominciano quando si è in presenza di forme bacillari, per il fatto che vi sono germi morfologicamente simili, ma non virulenti: i così detti bacilli pseudodifterici, che si trovano nel 16-22% degli individui sani (Bac. della xerosi, *Bact. segmentosus*, ecc.).

Sono stati proposti numerosi caratteri diffe-

(1) Fra gli altri terreni proposti ricorderemo quello di Conradi e Troch al tellurito di sodio (in cui le colonie dei difterici veri appaiono di colore nero-carbone e quelle dei pseudodifterici grigio-chiaro o grigio-nero) e quello di Drigalski e Bierast (siero con bile); da recenti ricerche sembra che quest'ultimo non presenti alcun vantaggio in confronto del comune siero di Löffler.

renziali, nessuno dei quali ha un valore assoluto; il loro insieme però permette di arrivare a delle conclusioni pratiche. Vi sono anzitutto delle differenze morfologiche: i bacilli difterici sono generalmente fini, allungati, disposti in ammassi aggrovigliati, i pseudodifterici invece sono disposti preferibilmente a palizzata, corti, massicci, tozzi. Kolman, Woody e Mosage, applicando la classificazione morfologica di Wesbrook e studiando la virulenza delle singole forme, hanno trovato virulenti il 70 % dei bacilli *granulari*, il 70 % dei *clavati*, il 42 % dei cilindrici lunghi, mentre nessuno dei cilindrici corti si è mostrato virulento.

Un altro carattere differenziale è la resistenza al Gram, che è maggiore nei pseudodifterici, mentre i difterici si decolorano se tenuti per una diecina di minuti in alcool.

Anche la fermentazione degli zuccheri è stata utilizzata, per la diagnosi, in cui può fornire un buon criterio. A tale scopo può essere realmente utile il terreno di Costa, Troisier e Dauvergne, in cui la fermentazione del glucosio si rende visibile in poco tempo. Oltre a questo zucchero, i difterici veri fermentano altresì il maltosio ed il levulosio, mentre sono inattivi sul saccarosio, lattosio e mannite. I pseudodifterici invece non attaccano nessuna di queste sostanze: solo il *B. cutis* fermenta glucosio, levulosio, maltosio e saccarosio.

Anche questo carattere però non è assoluto, poichè, sebbene raramente, esistono pure bacilli difterici veri e virulenti, che non fermentano il destrosio, e così invece esistono bacilli pseudodifterici (*B. hoagii, B. flavidus*) che fermentano il destrosio.

Più sicuro è il criterio dell'emolisi, che i difterici provocano in un tempo variabile da tre a sessanta ore, mentre i pseudodifterici sono inattivi sotto tale punto di vista.

Nei casi molto dubbi, si ricorrerà all'iniezione di coltura in cavie di 250-300 gr.: con i ceppi assai virulenti si avrà la morte in 24-36 ore, con il reperto tipico; con quelli meno virulenti si avrà edema locale e scarsi fenomeni generali, mentre con i pseudodifterici non si noterà alcun fenomeno morboso.

In generale si giungerà ad una rapida diagnosi, basandosi sui caratteri morfologici (forma, granulazioni polari) e culturali (aspetto delle colonie, fermentazione del glucosio); solo in casi d'incertezza si procederà alla ricerca delle fermentazioni di altri zuccheri, all'emolisi, alla prova della virulenza. In un convalescente di difterite si ritengono necessari due successivi risultati negativi.

A. FILIPPINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1074) Al dott. B. Tulumello da Recalmuto:

1° Per il *Trattamento di ragazzi eredo-luetici senza manifestazioni in atto* consigliamo:

Calomelano in polvere alle dosi giornaliere di uno o due centigr., oppure frizioni quotidiane di unguento mercuriale debole (20-40 centigr. *pro die* secondo l'età) sempre che non vi sia dubbio sull'esistenza della sifilide per la presenza di manifestazioni cliniche vere e proprie della infezione, o di stigmate distrofiche proprie alla lue ereditaria o infine per la reazione del Wassermann positiva.

2° Circa il *Trattamento dell'impotenza*, se questa è legata soltanto all'età vi è poco da fare ed i comuni afrodisiaci debbono essere adoperati con molta prudenza. Se si ha ragione di crederla in rapporto anche con alterazioni locali (uretrite croniche, prostatite ecc.) o costituzionali, la cura sarà diretta contro l'affezione fondamentale.

3° e 4° L'*enesol* è un buon rimedio antisifilitico.

Contro le manifestazioni del periodo terziario sono preferibili i preparati indisciolti di Hg (calomelano, salicilato di Hg per iniezioni intramuscolari), i joduri alcalini a dosi elevate, il neosalvarsan e le polveri del Pollini: questi due ultimi preparati vanno usati a preferenza nelle gravi forme a tipo nodulo-ulcerante e nodulo-flittenoso (rupia).

V. MONTESANO.

(1075) All'abb. 9685:

Un buon trattato italiano per ora è quello di Ovio: *Manuale di oculistica*, 4ª ed. Vallardi, Milano.

Come tecnica per la diottrica è consigliabile Trombetta: *Teoria degli specchi e delle lenti applicata alla diagnosi dei vizi di rifrazione.*

c. g.

(1076) Al dottor G. Cor.:

Per la *puericoltura* Deléarde, *Guide pratique de puériculture*. fr. 4. F. Alcan, Parigi. — *Puériculture et Hygiène infantile*. Conferenze: in 2 volumi, fr. 5. Ibidem. Può consultare anche: *La Nipiologia*, Rivista trimestrale di tutti gli studi scientifici sulla prima età, diretta dal professor Cacace, R. Università di Napoli.

Per l'*idroterapia*: Bibliothèque de thérapeutique. Physiothérapie. vol. IV. J. Baillière, Parigi. Prezzo fr. 8. Martinet, Mougeot, ecc. Les agents physiques usuelles. Masson e C.ie. Parigi.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

F. RADAELI. *Diagnostica delle malattie cutanee.* Casa editrice dott. Francesco Vallardi, Milano, 1919. Prezzo L. 15.

Il voto da noi più volte formulato su queste colonne — che, cioè, l'Italia universitaria s'emancipi dal mercato librario straniero, foggiandosi una propria letteratura medica didattica originale, completa e tale da competere sotto ogni punto di vista con la produzione estera — va di giorno in giorno divenendo realtà.

E tanto più significativo è che, proprio nel campo della specialità sin qui sprovvista di opere italiane per uso di studio — la dermosifilopatica — oggi si noti un salutare e promettente risveglio. Recensivamo qui mesi fa un ottimo Compendio di venereologia del Verrotti: oggi, il prof. Radaeli ci presenta un trattato di *Diagnostica delle malattie cutanee,* che sostituirà con grande vantaggio degli studenti e degli studiosi di dermatologia, i trattati stranieri o quelle loro miserevoli malecopie, che la fretta di certi traduttori e il mercantilismo di certi editori ci hanno inflitto sin qui con deplorevole prodigalità.

La dermatologia generale e la diagnostica dermatologica devono costituire, in sostanza, la parte teorica fondamentale, essenziale dell'insegnamento, sostituendosi ormai alla sterile e tradizionale nosografia sistematica e integrandosi invece via via con le dimostrazioni pratiche di clinica e di laboratorio: questo ha compreso l'Autore, che ha dato perciò al suo poderoso volume un indirizzo pratico, direi oggettivo, assai più che non sia in quelli del Campana, del Mibelli, del Philippson; evitando tuttavia la farragine di cognizioni teoriche e di varietà patologiche onde è reso inadatto allo studio scolastico il *Précis* del Darier, per non dire che d'uno fra gli ottimi libri della specialità. Eppure, nel trattato del Radaeli nulla è pretermesso di quanto la scienza moderna ha positivamente assodato nel campo della morfologia e della diagnostica clinica delle malattie cutanee.

Ecco perchè questo volume, schiettamente pratico in ogni sua pagina, frutto di profonda erudizione e di solida esperienza, vuol essere raccomandato ai colleghi, anche non specialisti, come il trattato indubbiamente migliore fra quanti ne possediamo sull'argomento.

Nel rallegrarci che esso sia opera d'un connazionale, dobbiamo con rincrescimento constatare che la casa editrice non abbia saputo presentarlo con più degna veste. Se in questi tempi sono cresciute le difficoltà tecniche, vi sono anche editori che le superano, pur nel campo delle edizioni scientifiche, ed anche delle opere illustrate! Non possiamo che ripetere ciò che dicemmo in queste colonne due anni or sono (sez. pratica, 1917, fasc. 11): tutto sta che la solida bontà e il valore del contenuto convinca gli editori che nessun loro sacrificio è sproporzionato, per offrire edizioni chiare e corrette dei trattati nazionali, affinchè — fra i suoi emuli d'oltralpe — il libro italiano di medicina, troppo a lungo considerato il pulcino nero della produzione scientifica nazionale, raggiunga quel florido avvenire che gli è riservato.

RUSCA.

L. A. BORRADAILE. *A manual of elementary zoology.* — Un vol. in-16 di circa 600 pag. con 419 fig. H. Frowde, Hodder e Stoughton edd. Oxford University Press. Londra.

Questo non è uno dei soliti manuali di zoologia, che in poche centinaia di pagine sembrano dar fondo alla sterminata materia, mentre non danno che una pallida idea della scienza zoologica allo studioso che dopo aver chiuso il volume ha solo un confuso ricordo di figure schematiche e di aride descrizioni.

Qui invece la zoologia è trattata come è realmente, scienza cioè essenzialmente di osservazione.

Vengono cioè scelti alcuni tipi di animali, i più comuni ed i più rappresentativi, e, passo passo, vengono descritti in quanto riguarda la loro morfologia esterna, l'anatomia, l'istologia, la fisiologia. La struttura o le condizioni di vita di ciascun animale offrono l'occasione per esporre i problemi di biologia generale; così dallo studio dell'Idra si risale a quello dell'individualità, da quello degli ascaridi al parassitismo. In capitoli a parte vengono studiati l'embriologia, la sistematica, l'evoluzione, la posizione dello animale nel mondo. L'ultima parte contiene delle indicazioni realmente pratiche sul modo di studiare gli animali, di disseccarli, di prepararli.

Come qui è esposta la zoologia, noi vorremmo che fosse insegnata nelle scuole, non inutile esercizio mnemonico da una sterile cattedra, ma palpitante fenomeno di vita.

Il volume è altresì utile per i medici che stanno nei laboratorî, per le chiare descrizioni anatomiche dei più comuni animali d'esperimento.

fil.

Nel fasc. 16, a pag. 490, col. destra, linea 21ª, leggere « emorroidi interne ».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso degli Ordini dei Medici d'Italia.

Nei giorni 20-21-22 maggio 1919, alle ore 9 antimer., sono convocate in Roma (Foro Traiano, 1, sede dell'Ordine dei Medici) le Rappresentanze degli Ordini d'Italia per deliberare sul suguente programma:

1. Comunicazioni del Consiglio.

2-26, come dal programma precedente, già pubblicato nel fasc. 12, a pag. 373.

27. Modifica per le condotte mediche (Ordine di Salerno).

28. Creazione di un organismo autonomo della sanità pubblica, totalmente sottratto agli influssi della politica (Ordine di Torino).

29. Modificazione dell'art. 3 della legge sugli Ordini dei Sanitari (Ordine Torino).

30. Aumento del numero dei Consiglieri di amministrazione degli Ordini proporzionalmente al numero degli iscritti (Ordine Torino).

31. Aumento dei membri elettivi dei consessi consultivi fino alla metà del quantitativo da cui sono costituiti (Ordine Torino).

32. Istituzione di un vice-presidente dell'Ordine allo scopo di ottenere una rappresentanza continua dell'Ente presso le pubbliche Autorità (Ordine Torino).

33. Modificazione degli articoli regolamentari riguardanti le punizioni disciplinari, specialmente per quanto riguarda la sospensione dell'esercizio professionale, la cui irrogazione dovrebbe essere messa in rapporto con la sospensione derivante da condanna penale (Ordine Torino).

34. Revisione della Legge sugli infortuni del lavoro e sua codificazione al problema globale delle assicurazioni sociali (Ordine Torino).

35. Fondazione di una Cassa Pensioni di Stato con assicurazioni contro le malattie e disgrazie nell'esercizio professionale, l'invalidità e la disoccupazione (Ordine Torino).

36. Tra le Potenze dell'Intesa o della Lega delle Nazioni sia posta la reciprocità di trattamento del diploma medico professionale (Ordine Torino).

37. Obbligo dello Stato di trattenere sotto le armi ed in sedi universitarie quei colleghi che, laureatisi durante la guerra, domandino di continuare nel servizio militare per tempo determinato (Ordine Torino).

38. Riforma della Cassa Pensioni dei Sanitari (Ordine Torino).

39. Elezioni del Consiglio Federale.

40. Eventuali.

Gli Ordini potranno inviare al dott. Arturo Secchieri in Lendinara (prov. di Rovigo) non più tardi del 10 maggio p. v. nuovi argomenti da sottoporre alla discussione del Congresso.

Detti argomenti saranno esaminati prima dal Consiglio federale e se da esso accettati, saranno portati all'assemblea, senza però, causa la ristrettezza del tempo, stamparli in altro programma da spedirsi agli ordini.

Si avverte che gli Ordini che non saranno in regola di pagamento del contributo 1918, non potranno essere rappresentati al Congresso e prender parte alle discussioni e votazioni.

Congresso dei sanitari addetti alla vigilanza igienica.

L'assemblea generale della Federazione fra i sanitari addetti alla vigilanza igienica è convocata in Roma per i giorni 23-24 maggio 1919 presso la sede dell'Ordine dei medici, piazza Foro Traiano, 1.

Sono stati convocati anche i soci dell'Associazione nazionale dei sanitari addetti all'ufficio di igiene, la quale fa parte della Federazione e terrà il 23 maggio, alle ore 9, nella sede dell'Ordine dei medici, una propria adunanza, salvo a partecipare poi all'assemblea federale indetta per il 23 e 24 maggio.

Sono pure invitati all'assemblea federale gli ufficiali sanitari liberi esercenti, i quali terranno inoltre a parte una propria adunanza, per la quale il presidente A. Grassi ha diretto uno speciale invito.

Ordine dei medici della provincia di Napoli.

Ha avuto luogo un'assemblea dell'Ordine. Dopo l'esposizione morale fatta dal consigliere segretario, furono affrontate varie questioni d'interesse di classe, fra cui quella riflettente la questione ospedaliera, di cui il Consiglio dell'Ordine con apposita Commissione aveva in precedenza ampiamente discusso. Fu approvato il seguente ordine del giorno:

« L'Assemblea, considerato che è diritto di Napoli, capitale del Mezzogiorno e sede di una scuola medica di tradizioni gloriose, avere un Ospedale rispondente ai nuovi bisogni dell'assistenza pubblica, in piena armonia con le esigenze scientifiche moderne;

considerato che altre città del Regno, come Roma, Bologna, Pisa, ecc., hanno ottenuto largamente dallo Stato i mezzi per la rinnovazione di vecchi ospedali e costruzione di nuovi Isti-

tuti ospedalieri, fa voti che il Governo, con il largo contributo del Banco di Napoli, ed i sussidi della Provincia e del Comune, integri la somma necessaria per la costruzione e funzionamento di un ospedale moderno in area presso il Policlinico e per la bonifica dei vecchi ospedali cittadini;

ritiene che la gestione dei locali improvvisati come ospedali già utilizzati durante la guerra, non risponda a' sani principî dell'assistenza pubblica, e possa rappresentare un modo come sopire definitivamente la vera soluzione del problema ospedaliero, disperdendo cespiti cospicui, più razionalmente impiegabili;

invita le Amministrazioni ospedaliere della città a risolvere rapidamente le questioni relative ai miglioramenti economici dei medici di ospedali, che solo a Napoli sono retribuiti in misura irrisoria a tutti nota, perchè solamente così sarà possibile addivenire alla unicità del mandato ».

I medici condotti del Lazio.

I medici condotti dei Castelli Romani hanno tenuto in Albano un'adunanza per la ricostruzione della Associazione divenuta inattiva in conseguenza della guerra e per concretare i « desiderata » della classe in riguardo alle esigenze morali ed economiche del presente periodo.

Il presidente dott. Sbrozzi commemorò i colleghi defunti dottori Altieri, Campagnoli, Guira, Cavaceppi, Frezza.

I dottori Marchetti e Stagni proposero — e la proposta fu accolta all'unanimità — la formazione di un Sindacato fra i vari dipendenti dei Comuni, a fine di reclamare quei miglioramenti economici e giuridici che sono resi impellenti per le attuali esigenze, e che l'ignavia del Governo e delle Amministrazioni locali rende tuttavia desiderabili. Fu deferito al presidente il mandato di organizzare il detto Sindacato, addivenendosi ad accordi con i Sodalizi interessati.

Si procedette poi alla elezione delle nuove cariche; risultarono rieletti: a presidente il dottor Sbrozzi; a segretario il dott. Marchetti; a consiglieri i medici Battistini, Bellagamba, Galiani e Stagni. Si deliberò di fare pressioni per l'abolizione della condotta piena e di riservare al Sindacato lo stabilire la misura minima degli stipendi.

Il dott. Marchetti richiamò l'attenzione dei colleghi sulla gravità dei dispositivi della legge Ciuffelli sulle assicurazioni dei lavoratori dei campi, che consacra e codifica lo sfruttamento dell'opera del medico condotto; la quale infatti, secondo la legge, deve essere gratuita, e aggravata anche dall'obbligo di redigere le relazioni, sotto pena di gravi ammende.

I presenti deliberarono di iniziare e promuovere una larga agitazione fra i colleghi di Italia che induca alla correzione della suddetta legge.

Si fecero voti anche per l'aumento delle irrisorie tariffe delle perizie giudiziarie.

Una nuova adunanza dell'Associazione si terrà fra breve nel grandioso Sanatorio Antitubercolare e Istituto Ortepedico d'Ariccia.

Ufficio di collocamento pei medici condotti.

La Sezione Veronese dell'Associazione Nazionale dei medici condotti, allo scopo di facilitare il collocamento dei medici supplenti nelle condotte, ha costituito un Ufficio di collocamento, con sede presso l'Ordine dei medici, Stradone Scipione Maffei, 10, Verona. A questo Ufficio potranno gli interessati rivolgere domanda, colle indicazioni del caso, accompagnandola con la quota di lire 10, che pei soci dell'A. Naz. M. C. è ridotta a lire 5.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Norme per la concessione di sussidi alle Colonie scolastiche, Scuole all'aperto, ecc.

Il Ministero dell'Interno, Direzione Gen. della Sanità Pubblica, ed il Ministero dell'Istruzione Pubblica, Direz. Gen. delle Scuole primarie e popolari, incoraggiano e sussidiano le istituzioni, che intendono provvedere al rinvigorimento del fanciullo, per mezzo della vita all'aria libera, delle cure climatiche o balneari.

Sono considerate istituzioni di tal genere: le colonie temporanee o permanenti di spiaggia, di campagna o di monte per fanciulli deboli; quelle per predisposti alla tubercolosi; quelle per bimbi malarici; le stazioni elioterapiche, i ricreatori estivi all'aria libera, i campi di giuoco, le scuole all'aperto e simili.

Il concorso dello Stato potrà essere dato sia con la concessione di tende, materiale lettereccio e materiale di arredamento, sia con sussidi in denaro, per l'acquisto di padiglioni, baracche, ecc. e pel funzionamento delle istituzioni stesse. Le domande relative dovranno essere inviate ad uno dei due Ministeri predetti, secondo la natura dell'istituzione, pel tramite del Prefetto o del Provveditore agli studi, ed indicheranno: il titolo dell'Opera, i fini che essa si propone di raggiungere, i mezzi di cui dispone, il numero degli alunni da beneficare, il luogo e la durata della cura. Le domande per l'acquisto di padiglioni, baracche, ecc. saranno inviate al Ministero della Pubblica Istruzione, Direzione Gener. dell'Istru-

zione primaria, aggiungendo i disegni ed il preventivo di spesa.

Sarà data la preferenza nella concessione dei sussidi alle Istituzioni che soddisfino ai seguenti requisiti:

a) Accolgano fanciulli dai 6 ai 12 anni di età, in seguito a visita medica per scegliere i più bisognosi di cura ed accertare che nessuno di questi sia in condizione da diffondere malattie trasmissibili.

b) Assicurino l'osservanza delle norme igieniche riguardo ai locali ed ai frequentanti, ed un'adatta alimentazione.

c) Provvedano convenientemente alla vigilanza sanitaria.

d) Affidino i fanciulli ad insegnanti o ad altro personale adatto a curarne l'educazione e possibilmente l'istruzione nei limiti permessi dalle condizioni di salute.

e) Prolunghino la presenza degli ammessi pel tempo necessario ad ottenere i benefici che si promettono.

Il Ministero dell'Interno e quello dell'Istruzione pubblica faranno vigilare dal Medico Provinciale e dal R. Provveditore agli studi il funzionamento delle Istituzioni sussidiate.

Il Ministro dell'Interno ha diramato la seguente circolare ai signori Prefetti:

« Le SS. LL. conoscono quale importanza abbiano per la salute fisica e morale e per lo sviluppo dei bambini tutte le istituzioni sussidiarie della scuola che si propongono di far loro godere il più ampiamente possibile i benefici dell'aria libera e del sole. Tali sono le scuole all'aperto, i dopo-scuola ed i ricreatorî in campagna, le colonie estive marine e montanine ed altre istituzioni del genere, che possono essere destinate sia ad educare e risanare contemporaneamente bambini infermi o predisposti a speciali malattie, sia a ricondurre nel primitivo benessere bambini indeboliti durante il periodo scolastico per cause varie, fra cui son da ricordare pure le condizioni disagiate delle rispettive famiglie.

Istituzioni con queste varie finalità sono sorte da lungo tempo e prosperano in varie città di Italia, curate con amore da persone che vi si sono dedicate con ammirevole abnegazione. Pure esse sono restate limitate ad alcune regioni, mentre le condizioni del nostro clima, sui monti, nelle campagne ed al mare, renderebbero agevole estendere eguali benefici a tutti i bimbi, che ne troverebbero grandissimo giovamento.

Per intensificare queste iniziative, e diffonderle dove mancano, questo Ministero ha preso accordi col Ministero dell'Istruzione Pubblica nell'intendimento di incoraggiare ed aiutare in equa misura le istituzioni, che sorgano in questo campo, purchè corrispondano a determinate condizioni minime igienico-didattiche, quali sono stabilite dalla R. Commissione di igiene scolastica e pedagogica e che saranno comunicate a suo tempo.

Invito pertanto le SS. LL. a svolgere, di accordo coi RR. Provveditori agli Studi e per mezzo degli organi dipendenti, Sindaci, ufficiali sanitari, patronati scolastici, istituzioni di beneficenza, ecc., la più larga opera di propaganda, perchè vengano risvegliate le iniziative locali nei singoli Comuni. A facilitare il compito della prima organizzazione, saranno forniti, quando ne sia fatta richiesta a questo Ministero od a quello dell'Istruzione Pubblica, gli Statuti e gli Ordinamenti di alcune istituzioni del genere, che già hanno raccolto l'esperienza di numerosi anni di funzionamento, pur rilevando però che le nuove organizzazioni dovranno tener conto delle condizioni e delle esigenze della località, per cui vengono preordinate, e adattarsi a queste.

Speciale attività dovrà essere portata nei Comuni dove meno facilmente si determinano le iniziative, mentre si può presumere che più proficuo riesca lo svolgimento di esse. Si cita, a ragione di esempio, la speciale importanza di raccogliere i bimbi di Comuni rurali che siano in zone malariche ed allontanarli temporaneamente, durante il periodo estivo, dalle zone dove suole avvenire la infezione, per portarli ai monti od al mare. Ugualmente utile potrà riuscire, sebbene in altro modo, il condurre durante l'estate i bambini di città in località di campagna prossime all'abitato, se non si ha la possibilità di fruire di vere colonie di spiaggia o di montagna.

Nè deve arrestare la difficoltà che può derivare da deficenza di locali opportuni, poichè le condizioni del nostro clima estivo permettono facilmente di sopperirvi con mezzi di alloggio provvisorio: tende, baracche, per i quali possono anche farsi eventuali proposte ai due Ministeri predetti.

Gradirò pertanto di essere informato intorno all'attività svolta in questo campo, col proposito di incoraggiare in ogni maniera ed integrare, dove sarà necessario, queste iniziative volte a sollievo e beneficio dell'infanzia ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7745) *Medico di opera Pia - Licenziamento.* — Dott. A. G. da M. La legge non garantisce la stabilità ai medici ospedalieri, tranne nel caso che facciano ordinario servizio di condotta. Non essendovi alcun presidio legale contro il preannunziato licenziamento, che trova la sua base legittima nella disposizione del regolamento costì in vigore con cui si dichiara che tutti i di-

pendenti della Pia opera sono amovibili, non vi ha motivo a ricorrere nel caso che il detto licenziamento effettivamente si verificasse. Per norma si avverte che tutti i concorsi sono ancora sospesi.

(7746) *Indennità caro-viveri.* — Dottor L. S. da M. S. L. — Con D. L. del 9 marzo pp., n. 338, fu concessa a tutti gli impiegati comunali, compresi i medici condotti, la indennità caro-viveri a decorrere dal 1° gennaio 1919 nella misura di lire 100 mensili per gli ammogliati e di lire 65 per i celibi, oltre centesimi 85 al giorno per ogni figlio minorenne ed a carico oltre i primi tre. Si avverte che l'ammontare di tali indennità non può mai superare quello dello stipendio, di cui gode l'impiegato. Nel caso che il Comune non provveda al sollecito pagamento di quanto Le è dovuto potrà ricorrere alla G. P. A., per la emissione del relativo mandato di ufficio trattandosi di una spesa obbligatoria.

(7747) *Indennità caro-viveri.* — Dottor G. D. F. da V. — Con D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181, fu dichiarata obbligatoria pei Comuni la spesa per la indennità caro-viveri ai propri impiegati a decorrere dal 1° luglio 1917 e nella proporzione di lire 24 mensili per quelli provvisti di stipendio da lire 1500 a lire 4500.

Con D. L. del 9 marzo ultimo, n. 338, fu estesa tale indennità caro-viveri a tutti gli impiegati comunali, qualunque stipendio percepissero, nella misura di lire 100 mensili, se ammogliati e di lire 65 se celibi, oltre cent. 85 al giorno per ciascun figlio minore convivente ed a carico, oltre i primi tre. L'ammontare di tali indennità non potrà mai eccedere quello dello stipendio di cui l'impiegato è provvisto. La decorrenza di tale nuova e maggiore indennità fu fissata al 1° gennaio 1919.

(7748) *Aumento sessennale.* — Dottor L. P. da P. d'A. Come per gli impiegati governativi anche per gli impiegati comunali, i successivi aumenti sessennali non vanno calcolati sullo stipendio iniziale ma bensì su quello già accresciuto dal precedente o precedenti sessenni.

(7749) *Pensione - Domanda per la liquidazione.* — Dottor C. T. da P. di S. — La domanda *ne.* — Dottor C. T. da P. di S. La domanda per la liquidazione della pensione deve essere stesa su carta da bollo di lire 2 e deve essere inviata, munita dei documenti prescritti, allo ufficio sanitario provinciale, senza addurre alcun speciale motivo ma richiedendo puramente e semplicemente la liquidazione in proprio favore della pensione che Le spetta in omaggio alle vigenti norme di legge e di regolamento.

(7750) *Infermità del medico condotto - Assegni.* — Dottor L. G. da A. — Il medico interino a scavalco che presta servizio da sei mesi in un Comune, cadendo ammalato e cessando dal servizio per tre mesi non ha diritto a ricevere lo stipendio per i tre mesi di malattia come lo riceverebbe il medico condotto titolare ed effettivo. Non percependo nel Comune, ove è titolare stabile, stipendio superiore alle lire 4500 ha diritto di ricevere da esso la indennità caro-viveri nello intero ammontare di lire 24 mensili pel 1917-918 perchè presso gli altri Comuni presta servizio temporaneo e precario. Il recente D. L. del 9 marzo ultimo pone come condizione alla percezione della indennità caro-viveri quella che il suo ammontare non supera lo stipendio, che l'impiegato percepisce. Nel valutare tale stipendio si calcolano tutti gli elementi che valgano ad accrescerne l'ammontare, come gli aumenti ottenuti per il D. L. del febbraio 1918 e quelli periodici sessennali. Non si calcolano gli assegni che si percepiscono per servizio a scavalco che eventualmente si presti in altri Comuni.

Doctor JUSTITIA.

Corsi d'integrazione. — Il « Policlinico », sez. pratica, (fasc. 14) ha riportato il decreto luogotenenziale con cui sono istituiti i corsi d'integrazione per gli studenti in medicina in servizio militare e per i laureati durante il periodo di guerra.

Il 1° corso d'integrazione è già cominciato in molte università. Per essere ammesso basta far istanza alla segreteria dell'Università e domandare alle competenti autorità militari l'esonero, richiamando il decreto luogotenenziale stesso (inserito nel n. 341 della raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno).

t. p.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico, pratica ospitaliera e condotta, testè congedato, desidera buon interinato preferibilmente Italia settentrionale o centrale. Indirizzare offerte: dott. Alberto Averini, viale Filopanti, n. 6. Bologna.

Medico chirurgo laureato nella R. Università di Roma, con ottima pratica condotta, di ospedali e clinica, con diploma ufficiale sanitario, eccellenti requisiti, esonerato servizio militare, cerca buon interinato.
Rivolgersi all'avv. Remo Pozzi, via Federico Cesi, 44, Roma.

Rendendosi vacante condotta medica Cannero (Lago Maggiore), accettansi offerte. Scrivere sindaco.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Il dottor Eugenio De Marco, da Pedivigliano (Cosenza), capitano medico di complemento, è stato insignito della croce di cavaliere della Corona d'Italia e della croce al merito di guerra.

NOTIZIE DIVERSE.

L'Ospedale della Vittoria.

Il 28 u. s. è stata posta solennemente la prima pietra al nuovo grandioso ospedale di Roma intitolato alla Vittoria.

Alla cerimonia intervennero i Sovrani, molti ministri, sottosegretari, deputati, senatori, il sindaco, i presidenti della Deputazione e della Giunta provinciale e molte altre autorità.

Pronunziarono discorsi di circostanza il commendator Lusignoli, presidente della Commissione ospedaliera, e il ministro della P. I. on. Berenini per il Governo.

Sulla pietra venne incisa questa epigrafe:

VICTOR EMMANUEL III
REX ITALIAE
LAPIDEM AUSPICALEM
NOSOCOMII A VICTORIA EXCITANDI
SOLLEMNI RITV STATVIT
IIII KAL. MAIAS
ANNO MCMXIX.

Entro la pietra venne inclusa una pergamena firmata dal Consiglio d'amministrazione e dai presenti.

***

Lo studio del progetto è stato fatto sulla guida di un programma formulato da una Commissione di medici e di ingegneri, della quale facevano parte i professori Badaloni, Bastianelli, Borromeo, Ferretti, Marchesi, Sforza e Torti e gli ingegneri Bentivenga, Galassi e Grazioli. Il progetto è stato compilato dall'ing. Domenico Caterina, capo dell'ufficio tecnico dell'Istituto di Santo Spirito.

Il nuovo ospedale sorgerà a Monteverde, nella località denominata «Vigna S. Carlo», a circa mezzo chilometro dalla nuova stazione di Trastevere. Occuperà la parte più alta dell'area, costituita da un vastissimo terrazzo, dell'estensione di circa 200,000 mq., più ampio, cioè, del Policlinico. Da qualunque punto del terrazzo in parola, che è sopraelevato di 25 metri tanto sul piazzale della stazione quanto sulla via Portuense, si gode in ogni direzione una splendida vista.

Il nosocomio nel periodo iniziale avrà la capacità di 1000 letti ed in seguito potrà contenerne fino a 1500.

Secondo il progetto, l'entrata principale porta ad un ampio piazzale intorno al quale sono disposti i tre edifici destinati ad avere rapporti col pubblico e precisamente: 1. la direzione amministrativa; 2. il pronto soccorso e il deposito infermi (accettazione ed osservazione dei malati); 3. ambulatori e reparti radiologico e fisio-terapico. Vi sono, poi, nove padiglioni per infermi: cinque per medicina e quattro per chirurgia, nonchè due padiglioni per le specialità (malattie degli occhi, della gola, dell'orecchio e del naso). Verso ponente una zona di circa 20,000 mq. sarà sitemata a pineta e dalla parte opposta, verso la ferrovia, allineati, sorgeranno i fabbricati di servizio (laboratori e farmacia, cucina e dispensa, lavanderia e guardaroba, ecc.).

Tutti i fabbricati sono indipendenti e circondati da ampi giardini. I trasporti si effettueranno all'aperto con adatti veicoli a trazione meccanica.

Il padiglione per gli infermi è stato studiato con la maggiore cura in tutti i particolari e presenta vantaggi notevolissimi su i tipi adottati nei vari ospedali, in modo che può ritenersi un vero modello.

Oltre alle corsie vi saranno varie camere d'isolamento per i malati gravi, spaziose sale per il soggiorno dei malati convalescenti e ampie terrazze per la cura elioterapica.

La grande opera, che il Consiglio di amministrazione ha voluto iniziare subito, nonostante l'alto costo attuale della mano d'opera e del materiale di costruzione, sarà condotta a termine in un tempo relativamente breve.

Società italiana di genetica ed eugenica.

Nel rinnovamento scientifico ed economico del nostro paese non poteva mancare il contributo notevole che può venire dagli studi sulla evoluzione e sullo sviluppo degli esseri organizzati. Le leggi che governano la riproduzione nel regno vegetale ed animale hanno un grande valore per sè, ma sono di supremo interesse nel campo economico per il miglioramento di alcuni caratteri delle razze meglio sfruttabili e portano anche nel campo sociale nuovi indirizzi per la protezione e il perfezionamento della razza umana.

Lo studio dell'ereditarietà è per noi medici sopratutto argomento antico, ma sempre nuovo, fonte di conoscenze e di applicazioni continue.

Ogni categoria di medici ha interesse in questo genere di studi ed è da augurarsi che vi prenda parte attiva con ricerche cliniche e statistiche.

Una felice convergenza di forze assicura un prospero avvenire alla Società, ora costituita, poichè essa comprende cultori di scienze naturali, di scienze mediche e di scienze sociali.

Il presidente prof. Pestalozza, che molto ha contribuito a riunire le varie energie, che nel nostro paese possono cooperare in questo nuovo ramo di studi già fiorente all'estero, saprà dare forte e originale impulso alla Società costituitasi con uomini di promettente preparazione e di spirito alacre.

Per le pensioni di guerra.

Nei giorni 14 e 15 aprile si tenne a Roma il III Congresso Nazionale per le pensioni di guerra. Vi parteciparono numerosi presidenti e segretari degli Uffici Provinciali Pensioni e alcuni medici.

Si approvarono varie proposte tra cui le seguenti: che venga riformato il D. L. 28 luglio 1918 affidando alla Sezione Medica dell'Ufficio Provinciale Pensioni l'assegnazione alle varie Categorie dei mutilati invalidi; che la pensione privilegiata di guerra debba assumere carattere di risarcimento del danno economico; che venga accolto con prudenza il principio della capitalizzazione delle pensioni; che il regime delle pensioni privilegiate sia esteso ai mutilati, agl'invalidi e alle famiglie dei militari morti delle terre redente.

Rivista internazionale della Croce Rossa.

Per rafforzare i vincoli esistenti tra le varie Croci Rosse e coordinare i loro sforzi, il Comitato Internazionale della Croce Rossa ha deciso di dare maggior pubblicità al resoconto della sua attività. Il *Bulletin International,* trime-

strale, che da 49 anni rende note le relazioni dei Comitati centrali delle Croci Rosse, diventerà mensile; oltre alla parte ufficiale, comprenderà le comunicazioni d'ogni sede e pubblicherà articoli firmati su argomenti relativi all'assistenza, d'interesse generale: in questi articoli ognuno potrà liberamente esporre il suo punto di vista, denunciare ingiustizie o avanzare reclami e proteste. Vi si riserverà il posto più importante agli studi comparativi o di sintesi ed alle discussioni di massima.

Il *Bulletin* diventerà la « Revue Internationale de la Croix Rouge ».

Il Comitato Internazionale nutre fiducia di potere in tal modo appianare la via a prossime conferenze internazionali della Croce Rossa e ciò in un avvenire che si augura prossimo.

Queste conferenze riunirebbero di nuovo i rappresentanti di tutte le nazioni.

La grazia a Tullio Murri.

Con recente decreto Luogotenenziale, Tullio Murri è stato graziato insieme ad altri condannati, che sono stati ritenuti meritevoli di perdono per il loro contegno durante gli anni di pena. Tutti i superstiti fra i condannati di Tosono ora per grazia sovrana in libertà. È l'epilogo di una grande tragedia, il cui patos ha avuto vibrazioni mai raggiunte anche per l'incertezza e l'oscurità in cui fu ed è tuttora avvolta.

I medici italiani, in molte occasioni manifestarono il voto che il dolore del grande clinico di Bologna fosse placato, non possono non compiacersi dell'atto di clemenza che ridà pace ad un uomo, il quale anche tra i tormenti di un'angoscia indicibile ha saputo onorare il nostro paese con l'assiduità del lavoro, con la luce dell'ingegno.

L'epidemia vaiuolosa a Bari.

Il vaiuolo, che in molte parti d'Italia ha dato luogo a focolai circoscritti, a Bari ha determinato una grave epidemia.

La maggior parte dei colpiti sono bambini al di sotto di 6-7 anni.

Risulta che in questi ultimi tempi il servizio delle vaccinazioni era stato trascurato in questa città.

Alcune abitudini della popolazione concorrono a diffondere il male. Un manifesto del Commissario prefettizio dice letteralmente:

« Non si aprono le porte ai medici, si nascondono i bambini sulle terrazze, nelle case.

« Non si denunziano i morti per potere inscenare la solita festa in famiglia, vestendo pomposamente i cadaveri, circondandoli di ceri e di fiori, ricoprendoli di confetti, e lasciando che i bambini del vicinato accorrano a tale festa, e raccolgano i confetti sparsi sul letto di morte ed infettati. E poi si trova modo di non obbedire agli ordini impartiti, col disporre cortei, facendo trasportare i morti sulle spalle ».

La vita scientifica di Romeo Fusari.

Romeo Fusari, morto in Torino il 20 marzo u. s., già rettore di quella Università, professore ordinario di anatomia umana, istologo di alta e meritata fama, corrispondente dei Lincei, socio dell'Accademia delle scienze di Torino, della Società medica di Pavia, del Reale Istituto Lombardo, dell'Accademia medica di Ferrara, ecc., fu uno di quegli uomini la cui biografia meriterebbe di essere narrata alla gioventù nei libri per la educazione del carattere e della forza di volontà, come fulgido esempio di ascensione dalle più umili origini ai più elevati fastigi della scienza e dei pubblici uffici.

Nato il 1° marzo 1857 a Castiglione d'Adda, piccolo paese in provincia di Milano, da un povero maestro elementare, che a stento poteva col magro stipendio sfamare la numerosa famiglia, il Fusari, lontano dai centri di studio, non ebbe mezzi sufficienti per recarsi a frequentare le scuole medie, e dovette, per guadagnarsi da vivere, adattarsi a fare il garzone di farmacia. Tra le più dure necessità della vita, senza il conforto di alcun appoggio, rubando le ore al sonno, studiò da solo, riuscì a superare a spizzico gli esami del ginnasio e del liceo, e giunse così ad inscriversi alla Scuola di Farmacia di Pavia, sempre seguitando a trarre i mezzi di sussistenza dal suo lavoro come aiutante della farmacia Campagnoli.

Quivi al Fusari toccò la fortuna di incontrarsi con Camillo Golgi, il quale, riconosciuto nel modesto commesso una magnifica tempra di lavoratore tenace ed instancabile, uno spirito di osservazione calmo, sicuro, obbiettivo, gli accordò subito tutto il suo appoggio morale e materiale, lo incoraggiò a perseverare ed a mirare più in alto.

Il Fusari concorse allora al Collegio Ghislieri, vinse un posto, si inscrisse come studente alla Facoltà di medicina e, dopo d'allora, ebbe l'avvenire assicurato. Accolto dal Golgi nel suo istituto, come allievo interno, divenne suo fido collaboratore nelle ricerche sul sistema nervoso; nominato assistente ancora prima della laurea, pubblicò diverse pregevoli note istologiche su la struttura dello strato molecolare del cervelletto, su le piastrine del sangue in condizioni normali e patologiche, ed in collaborazione con Pietro Grocco uno studio su l'anatomia patologica della nevrite multipla, che fu il primo a fissare le basi anatomiche di detta malattia.

Laureato nel 1885, il Fusari attese a ricerche sul sistema nervoso dei pesci, applicandovi per il primo i metodi e l'indirizzo del maestro; dopo un anno vinse un premio di perfezionamento all'interno e passò a Messina, dove nel laboratorio e sotto la guida del Kleinenberg completò la sua educazione scientifica nel campo embriologico, e condusse a termine interessanti ricerche sulla segmentazione dell'uovo dei pesci ed una preziosa illustrazione del sistema nervoso dell'*Amphioxus lanceolatus*. A Messina conquistò la fiducia e la simpatia del prof. Zincone, direttore di quell'Istituto di Anatomia umana normale, che lo volle nominare suo aiuto e dopo qualche anno gli fece dare (1889-90) l'incarico dell'istologia e della tecnica delle dissezioni.

Come dissettore ebbe occasione di osservare interessanti casi di anomalie, come istologo applicò per il primo il metodo del Golgi allo studio del sistema nervoso periferico e pubblicò un gruppo di lavori su l'innervazione della lingua e delle ghiandole salivari dei mammiferi, che ebbero una grandissima importanza non solo per i risultati ottenuti rispetto agli organi stu-

diati, ma perchè dischiusero una nuova via per risolvere tante questioni allora controverse sul sistema nervoso periferico e su le terminazioni nervose nei vari organi. Nella via additata dal Fusari si gettarono subito numerosi osservatori, che confermarono, ampliarono, estesero le indagini a tutti gli organi del corpo.

Non meno importanti furono le ricerche del Fusari su la struttura, lo sviluppo e l'innervazione delle capsule soprarenali, che meritarono un premio del R. Istituto Lombardo. Nel 1890 il Fusari riuscì quarto eleggibile nel concorso alla cattedra di Anatomia umana a Genova, ed in base a quel giudizio fu nominato professore di Anatomia nell'Università di Ferrara, dove trovò un ricco museo osteologico, che gli permise di illustrare molteplici anomalie dello scheletro, mentre attendeva ad ulteriori ricerche su la minuta innervazione della milza e su le terminazioni dei nervi in diversi epiteli. A Ferrara il Fusari trovò valorosi colleghi, come il Grillenzoni, il Marfori ed il Morpurgo: collaborò col Grillenzoni in indagini sulla gravidanza extrauterina, col Marfori nello studio circa l'azione dei purganti salini su la mucosa intestinale e col Morpurgo nell'analisi anatomica di un mostro anoftalmo.

Nel 1895 il Fusari fu eletto professore di anatomia microscopica a Bologna, nella cattedra che era stata creata per il compianto Belloni, e condusse a termine minute osservazioni su la struttura della fibra muscolare striata e sul tessuto connettivo. Un nuovo concorso nel 1897 portò il Fusari alla cattedra di anatomia umana di Modena, donde fu chiamato a Torino, quale successore di Carlo Giacomini.

In quel periodo, tra Bologna, Modena e Torino, il Fusari portò nuovi contributi alla conoscenza delle cartilagini ialine, del tratto spinale del nervo trigemino, del fascicolo cerebro-spinale laterale nell'uomo, delle vie associative dei nervi ottici. A Torino, mentre ringiovaniva l'insegnamento anatomico e gli dava fisionomia schiettamente italiana, portandovi l'indirizzo istologico, raccoglieva nelle stanze incisorie nuova messe di osservazioni morfologiche e teratologiche descrivendo diverse anomalie e mostruosità, tra le quali notevole un caso di sdoppiamento totale e simmetrico del midollo spinale con speco chiuso ed ipertricosi lombare; in pari tempo dedicava una serie di memorie alla minuta conoscenza del sistema nervoso periferico dell'*Ammocoetes branchialis*, ed altra serie allo studio dei villi intestinali dell'uomo ed alle fasi tardive di sviluppo della mucosa intestinale.

Giunto all'apice della faticosa carriera deplorava che i nostri giovani dovessero studiare sopra traduzioni non sempre felici di trattati stranieri, troppo spesso incuranti della produzione scientifica italiana, e ben sapendo come gli studi anatomici sieno il viatico che accompagna i medici in tutta la loro carriera, si propose di scrivere trattati originali riassumenti non solo la sua esperienza personale, ma tutta l'opera degli anatomici nostri.

Ci dette così un aureo manuale di istologia generale e di tecnica microscopica, che ebbe una grande fortuna, poi nel 1911 pubblicò per i tipi dell'Unione Tipografica Editrice di Torino un compendio di anatomia descrittiva in due volumi, collaborò al grande trattato italiano di anatomia, in corso di pubblicazione presso la casa Editrice Francesco Vallardi, col volume « Neurologia », e in questi ultimi tempi preparò un trattato di anatomia topografica.

Così il Fusari dedicò tutte le sue forze di studioso all'elevazione della nostra cultura. Scoppiata la guerra dette il suo appoggio a molteplici opere di assistenza civile per la resistenza e per la completa vittoria, trepidò in silenzio per il figlio combattente e prigioniero, morì augurando che la vittoria non fosse mutilata.

Le dure prove, che il Fusari aveva dovuto superare nella sua gioventù, avevano conferito al suo carattere una tempra adamantina, serena ed in apparenza rigida e severa.

Chi lo conobbe davvicino seppe la nobiltà del suo cuore, la sua fedeltà nelle amicizie, il suo animo diritto, imparziale cogli amici e cogli avversari. Sapeva gustare tutte le bellezze della natura e dell'arte, disegnava molto bene, aveva il senso plastico degli antichi naturalisti. In questi ultimi tempi dedicava queste sue qualità a preparare dei modelli anatomici per le scuole italiane.

Fu detto da eminenti studiosi d'oltr'Alpe che l'Italia nell'ultimo trentennio ebbe il primato negli studi istologici grazie ad una schiera di finissimi ed originali ricercatori.

In questa schiera il Fusari ebbe un posto assai degno e perciò il suo nome non sarà dimenticato.

A. MONTI.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. POZZI, resp.

Anno XXVI — Roma, 11 maggio 1919 — Fasc. 19

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTA CRITICA.

Sul valore clinico e sulla tecnica della dimostrazione del sangue nelle feci

per il dott. D. MASELLI

assistente volontario della Clinica Medica.

Negli ultimi anni la presenza nelle feci di sangue proveniente da lesioni croniche ulcerose in atto dell'apparato gastro-intestinale ha acquistata molta importanza per la diagnostica di tali affezioni: i metodi proposti sono così entrati largamente nella pratica giornaliera.

L'interesse di queste ricerche passa in seconda linea nei casi che, già abbastanza chiari dal punto di vista clinico, hanno avuto anche il conforto di una conferma radiologica, conferma che spesso ha il valore di un reperto d'autopsia. La presenza invece di sangue nelle feci per emorragie capillari (emorragie occulte) di modica intensità, che in seno ad alcune alterazioni del tratto intestinale si verificano, ha invece il maggior significato quando ci si trova dinanzi a pazienti nei quali, dalla storia dei disturbi e dall'esame radioscopico, non si ricavano che segni di forte probabilità, ma per nulla sicuri, su cui pronunciare un giudizio esatto. L'ulcera duodenale offre l'esempio più tipico di siffatte alterazioni. Sebbene i progressi dell'indagine radioscopica abbiano fatto assottigliare di molto la falange dei gastro-pazienti allontanati dagli ambulatori con la diagnosi di « dispeptici funzionali » non si può negare che ancora oggi in una buona percentuale di malati la risoluzione di un dubbio talvolta penoso per il medico, che deve dare una risposta e dettare un trattamento adeguato al proprio malato, spetta ad una dimostrazione di sangue nelle feci intrapresa con tecnica e procedimento precisi. Non minore importanza ha la ricerca per la diagnosi precoce e fatta quindi in tempo ancora utile, di

neoplasmi che si vadano svolgendo nel tubo intestinale.

In queste due contingenze morbose che, data la frequenza e l'entità, ho voluto sopra tutte ricordare, la constatazione di sangue nelle feci assurge a valore di sintomo così grande da potersi ritenere il più delle volte addirittura decisivo.

Dalle brevissime considerazioni esposte scaturisce d'altra parte ben evidente quella delle responsabilità che si assume chi, messosi nella ricerca, debba pronunciarsi specialmente intorno ad un risultato positivo.

* * *

Il sangue nelle feci può essere riconosciuto in vario modo e con mezzi diversi. Di ognuno di essi sono particolari pregi e difetti; i pregi consistendo specialmente nella sensibilità della tecnica, i difetti nelle cause di errore inerenti al metodo stesso.

Agli effetti della clinica la presenza di sangue nelle feci ha importanza solo quando il sangue comparisca all'esterno con le deiezioni per emorragie dipendenti da alcune lesioni organiche dell'apparato gastro-intestinale.

È opportuno, all'uopo, per evitare equivoci grossolani, agire sempre minuziosamente con procedimento sistematico e rigoroso. Contro una prima sorgente di errori, dovuta non già alla infidezza di uno qualsiasi dei metodi che si voglia adoperare, ma ad un difetto di apprezzamento, sarà necessario premunirsi controllando che il sangue versatosi nell'intestino non abbia un'origine diversa da quella che si sospetti [emorragie nasali, della mucosa boccale, per urine contenenti sangue e mescolatesi alle feci, ecc., ma sopra tutto emottisi].

Le grandi quantità di sangue possono già rivelarsi alla semplice ispezione delle materie fecali emesse: non è il caso di insistere su questo argomento. Per la ricerca delle emorragie occulte l'ispezione delle feci va praticata, prima d'intraprendere ogni prova, a fine di eliminare un'altra causa di errore, non troppo infrequente, e dovuta al fatto che alla superficie delle feci può aderire del sangue proveniente da emorroidi; ciò, si capisce, ha un valore semeiologico assai scarso.

In simili circostanze (emorroidi sintomatiche, emorroidi in gastro intestinali organici) se le feci sono solide e ci siamo eccorti del sangue ad esse attacato si può, volendo, eseguire le ricerche per la rivelazione di emorragie occulte servendosi dell'accorgimento di prelevare il campione dall'interno delle feci in un tratto lontano dal punto imbrattato di sangue ed avendo avuto precedentemente cura di allontanare con una spatola di vetro pulitissima le parti superficiali.

Meglio è, qualora se ne abbia la possibilità, di eseguire le prove su altro materiale dopo che l'emorragia emorroidaria sia del tutto cessata. Se un errore del genere può essere evitato in opportune condizioni di esame, riesce talora impossibile il farlo quando il materiale sia liquido od esso sia stato spedito di lontano per l'esame senza che chi l'abbia inviato si sia preoccupato di vedere se fosse presente oppur no sangue emorroidario.

In tali circostanze, specialmente potendo le cause di errore derivare ancora da molti altri fattori, è prudente di riferire un reperto positivo ottenuto non già con la dicitura: « reazione *per il sangue* positiva » ma con l'altra molto più corretta: « la reazione .... eseguita sulle feci .... ha dato risultato positivo ».

L'ispezione delle feci da analizzare va praticata anche allo scopo di vedere se in esse esistano eventualmente muco, pezzi di vegetali indigeriti, particelle di bismuto, ecc., elementi i quali, come molti altri, si comportano, chimicamente sopratutto, in modo analogo al pigmento ematico.

Gli accorgimenti di tecnica atti ad evitare che tali sostanze vengano a contatto dei rivelatori con le prove chimiche vanno allora usati con maggiore avvedutezza e scrupolosità: un risultato positivo deve destare molta diffidenza se non la completa incredulità.

Assai di rado l'esame microscopico può condurre a risultati decisivi per la constatazione di sangue: i corpuscoli rossi, tranne che non si tratti di perdite considerevoli e di un non troppo lungo soggiorno nell'intestino, si disfanno facilmente.

L'esame microscopico delle feci può rendere però preziosi servigi, potendosi con esso constatare fibre muscolari, parassiti, semi vegetali, sostanze dotate di azione catalitica al pari dell'emoglobina. Tutte le cautele accennate, che è doveroso prendere prima di iniziare le prove speciali per la dimostrazione del sangue, vanno tenute in considerazione, come facilmente s'intende, qualora il sangue nelle feci vada ricercato a scopo essenzialmente clinico. Chè se diverso è il nostro intento, ed esso voglia limitarsi soltanto a ricercare se in determinate condizioni (lesioni acute del tratto intestinale, diatesi emorragiche, anemie gravi specialmente a tipo pernicioso, lesioni prodtte da parassiti, itterici, ecc...), esista o no sangue nelle feci, oltre a tenere calcolo delle modalità della tecnica atte ad evitare una determinata e ristretta categoria di errori, bisognerà badare che: nelle feci non si vengano a ritrovare sostanze esogene capaci di comportarsi come il sangue; che il sangue,

realmente esistente nelle feci, non abbia per caso origine o alimentare o emorroidaria o urinaria, ecc.

Il metodo spettroscopico è un altro mezzo in uso per ricercare il sangue nelle feci: è metodo sicuro, specifico (tranne in rarissimi casi), ma, oltre a richiedere pratica nell'uso dell'apparecchio, comporta l'acquisto di uno strumento, che non può essere fatto da ogni medico: e l'importanza della ricerca ha bisogno invece che si posseggano metodi alla portata di qualsiasi esercente.

La prova microchimica dei cristalli di Teichmann può essere all'uopo utilizzata; ad ogni modo è una prova che, già di per sè sempre difficile a praticarsi nelle feci, riesce quasi ogni volta negativa quando il sangue vi è in assai scarsa quantità.

I metodi più in uso, più pratici, sono i metodi chimici.

Poichè si tratta comunemente di scoprire piccole emorragie, ogni autore, che si è occupato della ricerca di questi metodi d'esame, si è sforzato di ritrovare rivelatori sensibili il più possibile.

E poichè d'altro lato molteplici sono i fattori, che possono indurre in errore con l'uso dei metodi chimici, s'è tentato con nuovi procedimenti e modificazioni di raggiungere quella specificità necessaria non meno della sensibilità. Ma sensibilità e specificità sono in ognuno di questi metodi due elementi che vengono ad essere purtroppo in pieno contrasto.

Il principio su cui i metodi chimici si fondano è la causa della mancanza di specificità; essi poggiano sul fatto che il pigmento ematico sottrae per azione catalitica — dall'acqua ossigenata, dall'oxilite o dall'essenza di trementina vecchia, ecc. — l'ossigeno e lo fissa su alcune sostanze, le quali, ossidate, cambiano di colore. Tali azioni catalitiche, molte altre sostanze che possono rinvenirsi nelle feci sono capaci di svolgere, simulando così la presenza di pigmento ematico. Queste sostanze o sono di natura organica ed appartengono sia al regno animale che vegetale o sono di natura inorganica; la maggior parte proviene nell'intestino dall'esterno. È utile tener fra queste presenti la carne muscolare, il pus, le ossidasi, le parti verdi dei vegetali, i sali di ferro, di rame, di bismuto, di bario; gli ioduri, il mercurio, ecc.

Sembrerebbe così che in nessun modo si potesse uscire da questo circolo angustiante se lo evitare le cause di errore dovesse dipendere esclusivamente da adatte modificazioni della tecnica.

I metodi chimici abitualmente usati sono quelli del guaiaco (van Deen, Weber, Schölein-Almen) della benzidina (O. R. Adler, Schlesinger, Holst, V. Marconi), dell'aloina (Klunge, Schaer, Kossel), del verde malachite (Adler, Michel), della fenolftaleina (Meyer), dell'eosina (Ganassini), dell'alizarina (Bacchi), del piramidone (Thévenon).

Fra tutti i rivelatori proposti i più sensibili sono la benzidina, la fenolftaleina, l'idrato di eosina, il piramidone.

Sia i metodi originari che le modificazioni ad essi apportate sono descritti nei buoni trattati di semeiotica.

A me interessa ricordare, da un punto di vista generale, le modalità con cui tali reazioni si eseguono; di additarne gli inconvenienti; di consigliare i metodi più adatti ed il procedimento che mi paia il migliore per potere usufruire con sicurezza ed utilità dei risultati ottenuti.

Alcune reazioni possono praticarsi sensa estrarre la sostanza colorante del sangue unendo le feci direttamente al reattivo. Vanno ricordate tra queste la prova di Gregersen (reazione della benzidina su vetrini porta oggetti) e quella di Ascarelli (reazione della benzidina su carta da filtro). Difetti comuni a tutti e due i metodi sono quelli di dover eseguire la ricerca sopra una quantità eccessivamente piccola di feci; di dar luogo a numerose cause di errore per la presenza costante, nelle feci, di catalizzatori organici capaci di reagire positivamente. A tali inconvenienti il metodo della carta bibula aggiunge quello di non render sicuri della assoluta pulizia della carta che si adopera: basta che questa sia stata toccata in una parte con le dita un po' sporche di sali di ferro, di rame, ecc., perchè si abbia, qualora si capiti ad usar la reazione proprio in quel punto, un risultato positivo dovuto niente affatto a presenza di sangue.

Agli inconveninenti accennati si ripara in grandissima parte estraendo dalle feci la sostanza colorante del sangue e praticando poi sugli estratti le reazioni ossidanti con i rivelatori ricordati.

Con l'estrazione del pigmento ematico si raggiunge lo scopo di non far venire a contatto con i reagenti i fermenti capaci di disturbare le reazioni. Per evitare che fermenti organici potessero condurre a risultati errati si pensò di allontanarli con il riscaldamento. Tale metodo riesce però insufficiente verso i catalizzatori termostabili. Sembra che l'elevare la temperatura a 180° C. valga a sopprimere del tutto anche questi ultimi (Rassers). Le reazioni, ad ogni modo, con il riscaldamento perdono in sensibilità. Tale metodo è necessario usarlo ogni qualvolta nelle feci esista contemporaneamente al sangue del pus: l'azione catalitica del pus è annullata dal calore.

Le reazioni perdono un poco in sensibilità anche con l'estrazione della sostanza colorante del sangue. Però tale perdita di sensibilità, oltre ad essere compensata di molto dal gran beneficio di ridurre al minimo le possibilità di errori, è relativa al rivelatore che si adopera, operando sugli estratti vanno di preferenza usati i rivelatori più sensibili.

In ogni caso i reattivi debbono essere di assoluta purezza, le soluzioni preparate di fresco. I risultati hanno valore quando la lettura è fatta non oltre i tre minuti.

L'estrazione **si fa con vari solventi**: con acqua distillata acetica, alcool acetico, piridina, alcool-cloralio, etere acetico. Fra tutte è da preferirsi l'estrazione con etere acetico.

Nell'acqua distillata acetica passano troppi elementi che, diversi dal sangue, come il sangue si comportano. Negli estratti eterei acetici di feci prive di sangue, specie se lavati con acqua, non si rinvengono affatto sostanze inorganiche; le organiche nella concentrazione del 0.009 % (Kuttner).

Nello stesso tempo in cui si estrae la sostanza colorante del sangue passano negli estratti anche gli altri pigmenti delle feci ed il grasso. Ciò disturba molto la lettura delle reazioni. Quando le feci son ricche di pimenti il metodo proposto dal Kuttner risponde assai bene anche per la sua grande sensibilità (sgrassamento delle feci con un eccesso di acetone; estrazione del pigmento ematico con etere-acetico, cloruro sodico; lavaggio per 2 volte con acqua distillata dell'estratto; a 3 cc., di estratto si aggiunge 1 cc. di tintura di guaiaco al 0.50 % e 1/2 cc. di $H_2 O_2$).

Operando l'estrazione della sostanza colorante del sangue bisogna aver riguardo ad usare provette pulitissime: il miglior modo è di lavarle dapprima con acqua comune abbondantemente, poi con soluzione alcoolica-acetica ed in ultimo con etere.

Il campione di feci per l'esame (circa 8-10 gr.) va preso dopo aver rimescolato ben bene tanti altri campioni prelevati da diverse parti nei punti centrali delle feci emesse ed essersi assicurati che ad esse non aderiva del sangue di sospetta origine. Con tale sistema si evita la possibilità di capitare per caso ad eseguire la reazione in parti di feci prive di sangue (ove questo sia distribuito irregolarmente) e si ha inoltre il vantaggio di non dover usare quantità troppo grandi di feci (e provocare così il passaggio negli estratti di un maggior numero di fermenti) pur saggiando con una sola prova la qualità di tutta la massa di feci in esame.

Ma quando con l'estrarre opportunamente la sostanza colorante del sangue dalle feci e col praticare le prove su questi estratti ci saremo messi al sicuro da un certo numero di errori non avremo fatto che poco; in alcuni casi anzi non avremmo fatto altro che darci in mano una pretesa sicurezza capace di farci giurare a cuor leggiero su di un falso reperto.

Dovremo badare bene, è vero, a che il metodo prescelto non sia eseguito erratamente e senza cautele. Ma dovremo sopratutto preoccuparci di eliminare la sorgente maggiore degli errori che è rappresentata dal malato stesso.

Questa parte della ricerca, che a me pare assai più importante di qualsiasi altra, anche perchè si ricollega alla possibilità di usufruire dei metodi più sensibili, non è sempre tenuta nel calcolo dovuto.

Noi dobbiamo pretendere che il malato durante il periodo in cui si praticano gli esami non ingerisca nessuna sostanza contenente sangue o capace di agire per azione catalitica come il pigmento ematico. Dalla dieta vanno dunque prima di ogni altra cosa escluse le carni. Il regime latteo vegetariano di cui parlano alcuni autori va inteso in un senso molto ristretto non potendosi concedere alcuni vegetali capaci di dare per conto loro la reazione del sangue.

Tra questi le verdure fresche, specie se crude, e principalmente gli spinaci, i fagiolini, le parti di piante ricche di clorofilla, ecc., vanno completamente bandite poichè il ferro, pare, che esse contengono, si comporta in maniera del tutto analoga all'emoglobina. Le prove istituite al riguardo su estratti di alcuni vegetali e sopratutto le reazioni praticate mettendo a contatto direttamente pezzetti di vegetali, ed in particolar modo gli embrioni di molte verdure, con i rivelatori del sangue, hanno portato a risultati nettamente positivi. Anche in seguito alla somministrazione di semolino di frumento, come si rileva da un recente lavoro di Kuttner e Gutmann, si sono avuti risultati positivi. Si pensi, però, che il semolino adoperato era quello messo in commercio in Germania durante la guerra.

È assolutamente necessario dunque, perchè i risultati possano avere valore diagnostico, che il malato venga convenientemente preparato; prima di intraprendere le ricerche si somministri all'infermo un purgante oleoso e poi si sottoponga, dopo effetto, ad una dieta fatta a base di latte, riso, pane (preferibilmente abbrustolito), burro, patate, pasta asciutta al burro. Questa dieta è utile anche per ottenere estratti assai limpidi.

Al 3°-4° giorno da che si è iniziato tale regime si possono cominciare ad eseguire i saggi sulle feci; essi saranno continuati per il tempo necessario e sempre tenendo il malato alla dieta ac-

cennata. Durante il periodo per cui dureranno gli esami si eviterà, naturalmente, per quanto è stato detto precedentemente, che siano adoperati preparati di ferro, di bismuto, e di bario, sia a scopo terapeutico che radiologico. Si ricordi che anche quando le reazioni siano praticate con gli estratti eterei, non si è esenti da ogni errore, nel caso tali cautele non siano state prese, poichè pare che particelle dei detti sali possano passare anche negli estratti eterei-acetici.

***

Concludendo da quello che succintamente è stato esposto, si può dire che fino ad oggi non si possiede ancora un metodo di indagine chimica che sia assolutamente specifico per la rivelazione del sangue nelle feci.

Tutti i metodi hanno il difetto di dare spesso reazioni positive con sostanze diverse dal sangue e ciò in ragione diretta della loro sensibilità. Ciò d'altra parte non vuol dire che tali metodi debbano esser banditi dall'uso e circondati da tale diffidenza da ritenerli più dannosi che utili per la diagnostica. Soltanto, data l'importanza clinica dei risultati, questa comporta il massimo rigore nell'esecuzione della tecnica, ed insieme l'avvertenza di non trascurare vari accorgimenti necessari per rendere le ricerche il meno possibile fallaci. A tali scopi bisogna sopra tutto badare che:

nelle feci non vengano a trovarsi sostanze esogene ad azione catalitica diverse dal sangue o che nelle feci passi del sangue di origine alimentare o proveniente da altre lesioni che non siano quelle proprie del tubo gastro-intestinale;

che sostanze presenti nelle feci, qualunque origine esse abbiano, capaci di dar luogo a risultati positivi non vengano a contatto con i rivelatori.

A ciò si ovvia con il sottoporre il malato a dieta conveniente, con la proibizione che vengano presi determinati medicamenti, con l'esame clinico dell'infermo, con il praticare sempre, appena dopo l'emissione, l'esame macroscopico delle feci, col praticare le reazioni sugli stratti eterei-acetici.

In ogni caso adoperare reagenti puri, recipienti sempre molto puliti, sia per raccogliere le feci che per eseguire le prove.

Un esame microscopico delle feci può molte volte giovare per porre in dubbio o avvalorare l'importanza di un risultato positivo, potendosi con esso scoprire o escludere elementi che sono origine di vari errori.

Se così si procede l'uso di metodi sensibili è consigliabile poichè offre il vantaggio di rivelare sangue quando questo è in quantità molto tenui e di non esporre quasi mai ad errori.

In ogni caso non bisogna accontentarsi di adoperare un metodo solo nè un solo rivelatore ed è prudente concludere per un risultato positivo quando più prove sono completamente d'accordo fra loro.

Quali metodi fra i tanti proposti sono allora da preferirsi? A mio modo di vedere il metodo della benzidina sull'estratto etereo acetico e quello del guaiaco, secondo consigliano Kuttner e Guttmann o pratica Zoeppritz, sono i metodi in base ai quali, per la maggior sicurezza e sensibilità, si possa fare assegnamento intorno ad un risultato ottenuto.

Una prova negativa con la benzidina, quando essa sia stata eseguita bene e su varie parti delle feci in esame, ha un valore decisivo. Un valore decisivo, s'intende, per negare che in quel determinato campione di feci esista sangue non già per negare che il paziente abbia una qualsiasi lesione gastro-intestinale capace di dar luogo ad emorragie capillari, o che i disturbi di cui si lagna non dipendano da alterazioni organiche dell'apparato digerente.

Ulceri intestinali semplici possono essersi perfettamente cicatrizzate o, pur essendo in atto, dar luogo, cosa ben nota a chi conosce la sintomatologia di tale malattia, ad emorragie di varia intensità che si ripetano ad intervalli (il contrario, in genere, di quanto succede nei tumori) per cui il sangue va ricercato nelle feci sempre a lungo, in periodi diversi.

CONFERENZE.

Malattie e diagnosi.

(H. HEAD. *British Medical Journal*, 29 marzo 1919).

Sotto il titolo modesto di « Considerazioni » il prof. Head ha tenuto, innanzi alla Reale Società di Medicina di Londra, una conferenza che contiene alcuni spunti interessanti.

La riportiamo in parte ed in parte la riassumiamo un po' liberamente.

La guerra — afferma il celebre neurologo inglese — ha impresso tracce indelebili nella nostra compagine sociale. Ha scosso dalle fondamenta edifizi millennari e li ha fatti crollare. Ha disgregato fedi che parevano inattaccabili. Ha modificato e parzialmente invertito i valori sociali.

Anche la medicina ha risentito i rudi urti della guerra. Limitiamoci ad un solo rilievo: in grande maggioranza i medici hanno prestato servizio militare; e l'ubbidienza, cui sono stati costretti, ha destato in essi una salutare reazione. Sappia-

mo che i medici sono essenzialmente individualisti: dai tempi remoti in cui si affrancarono dal gioco di Ippocrate e di Galeno, ogni forma di autorità provoca la loro cordiale ribellione. Ad accentuare questo stato d'animo, forse nulla è valso meglio di un libercolo rilegato in bruno, la «Lista ufficiale delle malattie per uso dell'esercito». Ricordo il seguente episodio: un vecchio medico del mio Istituto, il quale ebbe la temerità di riconoscere una *fibrillazione auricolare,* dovette sorbirsi un'aspra reprimenda dal suo superiore, perchè era andato a scegliere una diagnosi che il sergente non riusciva a scoprire in quel prontuario, tra le «malattie dell'orecchio». Ognuno dei colleghi qui presenti potrebbe, credo, riferire qualche altro aneddoto non meno divertente e significativo.

I giovani medici che si sono formati nelle linee avanzate, a contatto con la più cruda realtà, si dimostreranno in avvenire poco proclivi — giova sperarlo — ad appagarsi di spiegazioni convenzionali e false. E la loro curiosità non potrà essere agevolmente soddisfatta da una terminologia che non risolve i problemi, ma si limita a rivestirli di barbaro greco o di barbaro latino:

È ciò che avviene correntemente per la nomenclatura delle malattie. Portiamoci col pensiero in un'aula ove si insegna medicina: non appena è stato affibbiato un nome alla condizione morbosa in esame, si crede che il problema diagnostico sia esaurito, e insegnante e discenti ne restano soddisfatti. Dopo un esame stetoscopico diligente si conclude — poniamo — per un *rigurgito mitrale;* per solito si discorre a lungo sulla conformazione dei due lembi valvolari, che s'inseriscono l'uno sulla parete miocardica, l'altro sul setto, meno valido, ecc.; incidentalmente si accenna anche alla frequente irregolarità del polso mitralico: è tutto.

Supponiamo, adesso, che uno studente, non ancora corrotto dal gergo ospedaliero, senta pronunziare la diagnosi di «malattia mitralica». La sua curiosità potrà esser tenuta a bada e smorzata da questa etichetta; ma se egli ha acquistato qualche buon fondamento in fisiologia e se la sua mentalità è rimasta semplice e capace di vedere attraverso le parole, egli riconoscerà che la «malattia mitralica» è una condizione statica, localizzata. Ciò che fa soffrire il paziente non è l'insufficienza della valvola, ma sono i disturbi funzionali che ne derivano (la stasi venosa dei polmoni, del fegato, dei reni, la dispnea, la dispepsia, l'anuria, gli edemi, ecc.). Col tempo il nostro studente riconoscerà che alcuni malati con rigurgito mitrale presentano disturbi gravi, i quali ne mettono di continuo a repentaglio la esistenza, mentre altri non sembrano darsene per intesi, e comprenderà che la differenza è dovuta alla diversa capacità funzionale del cuore.

Così egli sarà indotto a valutare tutta l'importanza della *diagnosi funzionale.*

Questa domina oggi il pensiero medico.

***

Il corpo umano è una macchina estremamente complessa, che è venuta perfezionandosi attraverso le età per adattarsi al mondo ambiente. I materiali costruttivi più diversi sono stati utilizzati per adempiere le sue molteplici, svariate funzioni; ad esempio, il nostro orecchio interno deriva dall'organo statico dei pesci, il che spiega la presenza dell'endolinfa. Possiamo aggiungere che l'orecchio medio deriva da un'apertura branchiale, il cui scheletro di sostegno si è trasformato nella catena degli ossicini che trasmettono il suono. E così via.

Evidentemente monna Natura è interessata alle funzioni e si preoccupa ben poco del materiale organizzato mediante il quale esse si compiono. La struttura degli organi è modellata dalle funzioni. Tutta la vita è la risultante di processi funzionali tra loro coordinati e qualunque perturbamento si verifichi in questi processi, si traduce in malessere, sofferenza, morte. La malattia deve considerarsi, appunto, come un'alterazione essenzialmente funzionale. E la gravità di essa dipende sovratutto dalle capacità e dai compensi funzionali.

Eppure, cedendo a un'abitudine d'inerzia mentale e di neghittosità, il medico è venuto nella consuetudine di trascurare i disturbi funzionali. Nella malattia egli non vede altro, ordinariamente, che la lesione anatomica.

Non solo, ma spesso presume di penetrare più o meno addentro in questa lesione. Quante volte non ci è occorso di sentire da qualche maestro, al letto di un malato, esporre le ragioni che lo inducevano ad ammettere di trovarsi in presenza di un rene piccolo e rosso, tipicamente raggrinzito, granuloso, con degenerazione ialina delle pareti dei vasi afferenti!

Alla tavola anatomica, di fronte a un rene grande e pallido, egli avrebbe immancabilmente illustrato le circostanze che giustificavano il suo errore; ma non sarebbe mai entrato nell'ordine d'idee che, a rigore, non disponeva di alcun indizio attendibile, il quale potesse portarlo ad ammettere una grandezza od un colorito piuttosto che altri.....

Possiamo essere certi che egli non aveva mancato di far ricercare l'albumina e i cilindri e di far determinare il peso specifico in un campione di urina prelevato con una mancanza di

accuratezza che non verrebbe tollerata in alcun altro procedimento analitico, affidando la raccolta dell'urina delle 24 ore ad un'infermiera la cui diligenza, mai notevole, si riduce talvolta al minimo, sovratutto nelle ore piccole..... Ma possiamo egualmente essere certi che nessuna prova era stata tentata per determinare l'attitudine dei reni a segregare i varî componenti dell'urina: le alterazioni strutturali erano state inferte tranquillamente, senza un esame preliminare della alterata funzionalità.

Eppure la diagnosi della alterazione funzionale importa per la meno quanto la diagnosi della lesione anatomica. E concorre a chiarirla.

* * *

La nostra nomenclatura delle malattie semplifica all'estremo il compito diagnostico, ma conduce anche, inevitabilmente, ad una comprensione difettosa, unilaterale, superficiale della diagnosi.

Giova augurarsi che questa nomenclatura costituirà ben presto la reliquia di un'epoca tramontata. Le assegneremo un posto d'onore in una futura biblioteca d'antropologia, come attestazione di una fase estinta del pensiero medico.....

Limitiamoci ad osservare che essa non è basata su principii omogenei.

Alle volte la malattia viene denotata in base ad alterazioni strutturali che possono essere riconosciute solo con fini esami microscopici, quando ha cessato da un pezzo d'interessare il paziente ed i suoi amici..... Ad esempio le malattie del miocardio sono classificate come degenerazione, infiammazione, sclerosi, infiltrazione adiposa, atrofia, ipertrofia.....; non una parola, per solito, sull'alterata funzionalità, ove si eccettuino l'« azione irregolare del cuore » e lo scompenso.

Per altre malattie la diagnosi comporta esami batteriologici e serologici elaborati e non sempre sicuri: così per il paratifo *A* o *B*.

Alle volte la diagnosi è legata all'esito: una anemia è *perniciosa*, un'endocardite è *maligna*, se il malato muore.

Altre volte ancora la diagnosi è molto vaga e anodina; congloba forme eterogenee, come avviene certamente per l'*influenza*.

Infine, certe diagnosi equivalgono alla enunciazione di un sintoma: così *paralisi agitante* non dice più di *cefalea*.

In specie la psichiatria ha molte pecche nella sua nomenclatura e sarà difficile emendarle: le sue diagnosi sono basate indifferentemente sulle cause, sui sintomi, su presunzioni..... Così « pazzia alcoolica » non indica altro se non la causa supposta: il paziente può essere eccitato, depresso, confuso, deluso; « demenza » denota una perdita di funzione, che può o non essere accompagnata da modificazioni positive di attività psichica anormale; « pazzia impulsiva » per solito dice solo che l'infermiere addetto al malato è convinto di dovere stare in guardia; « pazzia morale » è una diagnosi da corte d'assise.

Questa nomenclatura — a parte l'eterogeneità delle sue categorie (carattere che si riscontra in tutte le scienze allo stadio primitivo, come pur troppo è ancora la medicina) — non mette in luce e non avvalora i fattori primitivi, essenziali, fondamentali delle malattie, i quali sono due: l'agente causale e la sede in cui opera.

Ad esempio, la sifilide del sistema nervoso centrale è in rapporto con la biologia della spirochete e con la localizzazione delle sue attività distruttive. È su questi due elementi che dovrebbe essere basata la classificazione; ma i tentativi fatti sin'ora per suddistinguere le sue varie forme, sono falliti. I termini di « paralisi generale progressiva » e di « tabe dorsale » sono ormai relegati al semplice compito di raccogliere e denotare, in forma abbreviata, certi gruppi di sintomi. Difatti la diagnosi di « paralisi generale » dice solo che la parte più rilevante delle lesioni interessa i centri nervosi superiori, e « tabe dorsale » denota solo che sono state attaccate le colonne posteriori; ma la sede specifica e il grado delle lesioni non trovano posto nella nostra nomenclatura. Affermare che un soggetto il quale presenta atrofia ottica primaria è colpito da tabe dorsale, malgrado i suoi riflessi rotulei ed achillei siano normali e le funzioni dei suoi cordoni posteriori siano integre, vuol dire non comprendere menomamente il significato di una malattia...

Insomma, la nomenclatura su cui noi ci basiamo per la diagnosi comporta confusioni fondamentali e irriducibili tra cause e sintomi, tra lesioni strutturali e disturbi funzionali; è contraddittoria, è imprecisa.

* * *

A nostro modo di vedere, la vera diagnosi dovrebbe essere un procedimento logico in cui intervengono tutte le facoltà mentali; un'esercitazione laboriosa che richiede troppo tempo per il medico pratico nell'esercizio privato ed ospedaliero.

Da ciò la ricerca affannosa di sintomi speciali o patognomonici che dispensino da fastidiose indagini e da sforzi mentali e che guidino sicuramente al porto agognato, designato da un nome...

Ma questa è un'illusione: un nome non basta quasi mai a definire e circoscrivere una malattia.

Come al solito, portiamo qualche esempio.

Quando noi riconosciamo un'« epilessia », un' « asma », un' « angina pectoris », non stabiliamo una diagnosi, ma denotiamo soltanto una sintomatologia esplosiva, parossistica, accessuale, pochissimo accetta al paziente... Ciascuna di quelle forme morbose può dipendere da cause svariate, e nelle modalità dell'attacco non troviamo nessun punto di repere per orientarci sulla causa. Allo stesso modo, guardando un orologio che corre troppo, non possiamo capire quale sia il guasto del meccanismo che determina questo difetto. Il medico dotato di abito scientifico comprende che la dispnea parossistica, l'accesso convulsivo o la distretta toracica pongono il problema, che egli dovrà poi risolvere: a rigore quelle sono delle sindromi, non delle malattie.

Allo stesso modo la fame dolorosa, con le sue manifestazioni concomitanti, può dipendere da cause molteplici: da turbato chimismo gastrointestinale, da lesioni dello stomaco, del duodeno, dell'appendice, della cistifellea.....

Importerebbe, di volta in volta, di precisare la causa e di individuare la malattia nella sede e nelle manifestazioni.

* * *

Per una diagnosi completa, esauriente, comincieremo a raccogliere e precisare tutti i sintomi morbosi, valendosi dei molteplici mezzi in nostro potere. L'attenzione del medico non dev'essere fissata e ipnotizzata su di un solo organo o sistema. Così nelle malattie cardiache o polmonari il rilievo dello stato psichico dovrebbe essere altrettanto fondamentale quanto le rivelazioni dello stetoscopio: certo esso è molto più importante per il *comfort* del soggetto.

Dobbiamo poi localizzare il processo morboso: tradurre le nostre osservazioni nella lesione fisica, anatomica, strutturale. Per esempio, allorchè sollecitando la pianta del piede l'alluce si flette dorsalmente, ne desumiamo che le vie piramidali sono interessate; il soffio alla punta e il rinforzo del 2° tono ci diranno che esiste insufficienza mitralica; e così via.

Dobbiamo procedere, al tempo stesso, a determinare il disordine funzionale, in termini misurabili e comparabili. Questo lato della medicina è stato vergognosamente trascurato; ma negli ultimi anni sono stati fatti molti tentativi per elaborare le prove dell'efficienza funzionale degli organi. Sotto questo riguardo la cardiologia ci offre un magnifico esempio.

Infine, dobbiamo cercare di accertare la causa delle alterazioni statiche e dinamiche riscontrate. Questa ricerca è spesso laboriosa e richiede una speciale preparazione tecnica: l'internista, il chirurgo e il medico specialista non hanno nè il tempo nè l'esperienza necessari allo scopo e debbono affidarsi ai tecnici di laboratorio.

Non si concepisce che l'internista possa avere bisogno di un tecnico per l'ascoltazione del torace...; ma l'esame del sangue, dell'urina, delle feci, la ricerca dei bacilli, ecc., vengono eseguiti generalmente da persone che non vedono il malato. Non solo, ma il medico a sua volta ben di rado penetra nel laboratorio: pochi insegnanti di clinica saprebbero valutare quantitativamente una Wassermann o apprezzare il significato di un'analisi gastro-intestinale.

Non è possibile che una stessa persona divenga esperta in tutti i molteplici procedimenti fisici e chimici che oggi si richiedono per porre una diagnosi. Il clinico deve, anzi, riconoscere che il suo còmpito è solo parziale.

Egli deve apprendere a valutare i metodi sussidiari e ad utilizzarne i risultati. Non deve presumere di essere un oracolo, divinamente irresponsabile, indipendente dai suoi cooperatori.

Molte diagnosi sono basate tuttora su metodi che non hanno nulla da fare con il ragionamento scientifico: non presentano maggior valore intellettuale che la scommessa, più o meno fortunata, sopra un cavallo alle corse.

Queste divinazioni possono giovare economicamente ai loro autori, ma non dovrebbero contribuire a consolidarne il credito fra i competenti.

Eppure esse costituiscono il vanto e la gloria di molti così detti medici pratici.

Nessuno è più schiavo della teoria del « medico pratico ». Egli conosce la natura di ogni malattia; non ha dubbi sulla genesi e sull'interpretazione dei sintomi. Il suo armamentario terapeutico è bene fornito: egli entra nella camera del paziente armato di sieri e vaccini, preferibilmente polivalenti, di estratti organici e di enzimi. Sulla sua fronte brilla la confidenza in sè stesso. Egli non pecca mai di contraddizioni e di esitazioni. Sa sempre quello che fa. S'impone per questo.

Il vero clinico ci presenta una figura ben diversa. Egli si muove umilmente da un letto ad un altro, porgendo l'orecchio alle lamentele dei malati, notando i cambiamenti che si producono nelle manifestazioni della malattia che egli è chiamato a trattare. Molto di ciò che egli vede non s'inquadra con le sue nozioni. Egli è scoraggiato nel riconoscere che non ha nè il tempo nè i mezzi per scoprire il significato di ciò che vede. E non gli è facile di chiedere consiglio.

Così noi concepiamo l'uomo di scienza: consapevole delle proprie manchevolezze, pronto a ravvedersi.

***

Vorremmo che gli sforzi della medicina scientifica fossero diretti a facilitare il difficile còmpito diagnostico, inteso nel senso più largo quale è stato da noi prospettato.

Dovrebbe essere un preciso dovere dei grandi centri d'insegnamento d'impiegare i loro potenti mezzi e le loro vaste opportunità a promuovere lo studio delle *correlazioni* tra i fenomeni morbosi: la diagnosi trarrebbe molto profitto da queste investigazioni.

Non è possibile di sottoporre ogni malato ad un esame esauriente; ciò non sarebbe neppure utile. Mediante rigorose investigazioni scientifiche si possono però trovare dei saggi semplici, sicuri, precisi, applicabili nella pratica. Una volta determinato il loro valore, il medico sa esattamente quale assegnamento può farvi, quali deduzioni può trarne.

Esempi. Nelle lesioni dei nervi periferici tutto quello che occorre per la diagnosi può ottenersi utilizzando un batuffoletto di cotone ed uno spillo dopo che il significato di questi mezzi empirici è stato determinato con investigazioni diligenti e rigorose. Lunghe ed elaborate ricerche sulla funzionalità renale sono state necessarie per giungere a prove semplici che ormai possono applicarsi ai bisogni correnti. In cardiologia il poligrafo e l'elettrocardiografo ci hanno insegnato il valore di segni che possono essere rilevati con facilità da qualunque medico.

Si può abbattere un gigante con una fionda e con una pietra. Allo stesso modo si può giungere alla diagnosi con mezzi semplicissimi. Ma per riconoscere i segni diagnostici di maggior valore ed accertarne la portata, gli uomini di scienza hanno spesso dovuto penare molto, consacrare intere vite allo studio dei fatti morbosi. Bisognerebbe promuovere questo studio, dacchè esso è ben lungi dall'aver ricevuto tutto lo sviluppo di cui sarà suscettibile.

***

Affrettiamoci a chiudere il nostro discorso.

Dobbiamo metterci in mente che il nome di una malattia non è una diagnosi. L'êra della nomenclatura confusionaria e semplicista, della medicina spicciola a un tanto il pezzo, sarà presto un ricordo. L'etichetta « angina pectoris » non deve coprire una boccetta contenente nitrito di amile e la parola « epilessia » non deve richiamare irresistibilmente i bromuri. Il fatto che uno stato morboso è prodotto da un microrganismo non deve significare che possa rimuoversi per mezzo dei vaccini. Manifestazioni morbose che interessano molta parte dell'organismo non sono necessariamente dovute ad un setto nasale deviato, ad una piega dell'intestino o ad un'alterazione microscopica di un organo endocrino.

« La lettera uccide, ma lo spirito salva ». Confidiamo che il regno dello spirito si affermerà sempre di più nel vasto campo della medicina.

L. V.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Tubercolosi ilare nell'adulto.

(B. CLIVE RIVIÈRE. *The Lancet*, 1919).

L'autore sostiene che esiste nell'adulto una speciale forma di tubercolosi di origine ilare, che rappresenterebbe un vero contrapposto alla comune forma di inizio apicale.

Come si vede l'autore discorda dal concetto, caldeggiato da molti, che tutte le forme di infezione tubercolare dei polmoni siano di origine ilare, anzi egli afferma che la tubercolosi iniziantesi all'ilo, se è forma frequente nel fanciullo, sarebbe invece assai rara nell'adulto.

Per diagnosticare la tubercolosi ilare, che sarebbe caratterizzata dalla localizzazione delle lesioni nelle regioni più centrali del parenchima polmonare, e dal lento loro procedere verso la periferia, poco o nulla può servire il criterio radiologico.

Il radiologo mette troppo spesso in evidenza delle alterazioni dell'ilo che non sono *che semplici cicatrici di antiche battaglie,* che l'organismo ha dovuto combattere specialmnte nell'infanzia.

È bensì vero che da quelle cicatrici dei risvegli si possono avere anche nell'età adulta, ma non è facile in tal caso, secondo l'Autore, diagnosticare ai raggi X i segni della nuova attività dall'aspetto della ordinaria quiescenza.

È invece l'esame clinico che può rendere possibile la diagnosi della tubercolosi ilare, quando lo stato generale del malato, i sintomi evidenti di tossiemia, facciano sospettare una infezione tubercolare in atto, ma l'esame obiettivo presenti delle caratteristiche differenze dall'ordinario quadro della tubercolosi polmonare.

L'ispezione infatti non rivela nulla di speciale e mancano sopratutto le asimmetrie dell'aspetto e dei movimenti del torace, così frequenti nelle forme di tubercolosi che si iniziano da un apice.

Anche la percussione non rende manifesta alcuna diminuzione di suono ad uno degli apici

polmonari, rispetto i punti simmetrici del lato opposto; tutto al più si può avere una lievissima ipofonesi *a destra*.

Si ha invece, anche nei primi stadii della tubercolosi ilare, una ben marcata area di ottusità para vertebrale specie a destra, ad un'area di ottusità parasternale che deborda di 5-6 centimetri dal margine sternale da una o da entrambe le parti: tali alterazioni plessiche sono evidentemente in rapporto con ingrossamenti delle glandole tracheali e tracheobronchiali.

Si ha poi, e l'autore insiste molto su questo segno, come caratteristico della tubercolosi ilare, un restringimento *ambilaterale* dell'istmo di Krönig, la cui area può esser ridotta all'ampiezza di 2 centimetri e mezzo.

I sintomi ascoltatorii sono molto tardivi, data la profondità del processo: anche a malattia piuttosto avanzata non si percepisce infatti che qualche sfregamento dovuto a localizzate pleuriti marginali.

È solo verso il periodo terminale che il processo peribronchitico ed in seguito bronco-pneumonico, diramandosi *a ventaglio* dall'ilo verso la superficie, si rende evidente con la manifestazione di numerosi rantoli crepitanti e subcrepitanti a larghe zone, che in poche settimane si estendono a gran parte della superficie polmonare.

Tali sintomi, dopo essere comparsi da un lato, non tardano anche a manifestarsi dal lato opposto.

G. MENDES.

Le localizzazioni scissurali della tubercolosi polmonare ed il loro valore semeiologico.

(PIERY. *La Presse Médicale*, 24 febbr. 1919).

Nella pratica tisiologica corrente, si usa dalla maggior parte dei medici fare un esame accurato degli apici polmonari, ed uno alquanto sommario delle basi, trascurando invece la regione delle scissure polmonari e dei margini lobari. Piery richiama l'attenzione sulla frequente localizzazione scissurale del processo tubercolare e sui notevoli insegnamenti pratici per la diagnosi e per la prognosi, forniti dall'esame sistematico della regione scissurale.

I dati anatomici, radioscopici e clinici dimostrano lo svolgersi delle lesioni tubercolari nelle scissure e nelle parti vicine. Anzitutto la lesione iniziale non occupa mai il punto più elevato del polmone, ma 2-4 cm. al disotto, verso la faccia posteriore, presso la scissura. Il secondo focolaio, verso la base, si trova a 2-4 cm. sotto la scissura all'altezza della quinta apofisi spinosa, in un punto mediano fra questa ed il margine interno della scapola. Infine nel terzo stadio, le lesioni si svolgono lungo la scissura interlobare e verso la base del polmone. È quindi frequente riscontrare all'autopsia di tisici, una sinfisi più o meno completa degli interlobi.

Anche gli attacchi pneumonici intercorrenti dei tisici, rispondono ad una topografia nettamente scissurale: analoga localizzazione hanno le pleuriti recidivanti, ed anche frequentemente le pleuriti purulente.

Quanto ai dati radioscopici, si trova sempre nella proporzione di 4-5 per 20 una immagine scissurale, cioè in vicinanza della scissura od orientata secondo questa. Ciò si mette sopratutto in evidenza con un'ombra più intensa a concavità inferiore durante la cura col pneumotorace alla Forlanini, in cui le aderenze si osservano particolarmente in corrispondenza delle scissure. Ma è specialmente la clinica che mette in rilievo il valore delle scissure. Esse disegnano in certo modo una sciarpa che va dalla terza vertebra dorsale all'estremità anteriore della sesta costola; a destra tale sciarpa si biforca orizzontalmente, a livello dell'ascella, per finire verso l'estremità della quarta costola. L'esame delle scissure si fa specialmente con l'ascoltazione, procedendo passo passo dall'origine vertebrale e posteriore verso la regione ascellare, non trascurando la biforcazione laterale destra.

Con tale metodo si potrà riconoscere la pleurite purulenta interlobare, il versamento sierofibrinoso interlobare (soffio tubario persistente in corrispondenza della scissura), il pneumotorace scissurale (zona d'oscurità respiratoria sovrapposta ad una zona di sonorità timpanica), e particolarmente la pleurite tubercolare a ripetizione, che spesso viene erroneamente interpretata come neuralgia intercostale. Gli ammalati, oltre a sintomi diversi, accusano un dolore puntorio leggero, provocato od esacerbato dalla tosse, e che è situato lungo una delle scissure. Con l'ascoltazione, che sulla rimanente area polmonare dà risultati vaghi, si percepiscono sulle scissure polmonari dei rumori secchi non classificabili, o degli sfregamenti-rantoli o degli sfregamenti netti; è consigliabile far tossire il malato una volta su due.

Oltre a ciò si possono sorprendere in atto nei tubercolotici, gli attacchi pneumonici intercorrenti e quelli della tubercolosi in evoluzione.

La patologia polmonare ha dunque tre focolai d'ascoltazione, l'apice, la scissura e la base.

A. FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Il trattamento delle fistole salivari.

(P. CHASTENET DE GÉRY, *Gazzette des Hopitaux*, n. 12, 8 marzo 1919).

Il problema che pone il trattamento delle fistole salivari può essere risolto con tre metodi differenti.

Il primo tende a ristabilire la via naturale della saliva sia con la semplice cauterizzazione o la sutura dell'orificio fistoloso, sia con la sutura dei due capi del dotto di Stenone o la dilatazione della porzione prefistolosa secondo il metodo di Louis e Morand.

Più usato è il secondo metodo che deriva la saliva per mezzo di fistolizzazione buccale, o con la semplice perforazione della guancia in corrispondenza della fistola, o col trapianto vestibolare del capo posteriore del dotto di Stenone.

Il terzo metodo mira a sopprimere funzionalmente la parotide, il quale scopo si può raggiungere o con lo strappamento del nervo auricolo-temporale, secretore della parotide (Leriche) o con la legatura del dotto di Stenone (Viborg).

Le fibre secretorie della parotide, provenienti dal glosso-faringeo, s'incorporano al nervo auricolo-temporale subito dopo la sua origine e non lo lasciano che nella traversata della glandola per disperdersi nel suo parenchima. La nevrotomia dovrà dunque cadere su quel tratto di nervo che contiene la totalità dei filetti secretorii. All'uopo si pratica un'incisione verticale di 3 centimetri al davanti dell'orecchio, dall'apofisi zigomatica al margine posteriore del mascellare. Si scopre il nervo sia direttamente, sia seguendo una delle sue branche. Lo si disseca fino alla parotide; poi lo si isola da questa con una sonda scanalata e sopratutto tirandolo dolcemente con una pinza emostatica moderatamente chiusa. Si liberano in questo modo 3 centimetri, poi, dopo una corta resistenza dovuta all'aponeurosi profonda della parotide, ancora 1 centimetro del tronco nervoso. Sicuri allora d'essere arrivati fino alla porzione profonda, si può o sezionarlo, o meglio strappando per trazione progressiva o per torsione. L'arresto della secrezione salivare non segue immediatamente l'operazione, ma avviene da 2 a 8 giorni dopo.

Il secondo mezzo attualmente impiegato per abolire la secrezione parotidea è, come s'è detto, la legatura del dotto di Stenone. Il principio è di arrestare la secrezione della saliva che passa per la fistola: tale soppressione fisiologica dovrà riguardare tutta la parotide quando la fistola interessa il canale escretore principale, potrà limitarsi alla porzione della glandola che è in causa, quando la fistola detta glandolare o parenchimatosa interessa un canale escretore di secondo o di terzo ordine.

Quale che sia la fistola, la tecnica, proposta da Morestin, comporta tempi operatori che sono costanti ed essenziali. Bisogna sempre, da una parte, resecare il tragitto fistoloso e il tessuto cicatriziale vicino, dall'altra suturare ermeticamente la ferita cutanea. Quando si tratta di una fistola glandolare, la condizione fondamentale d'un trattamento efficace è l'estirpazione metodica e completa del tessuto fibroso in cui è incluso il tragitto. Il territorio cicatriziale è delimitato da due incisioni formanti un'elissi. La pelle è scollata tutt'intorno per una leggiera estensione. Poi la cicatrice è dissecata ed isolata da tutte le parti circostanti. Resta un'escavazione in gran parte penetrante nella glandola, che sarà accuratamente suturata a piani col catgut e infine si riuniranno i tegumenti senza drenaggio.

Per il trattamento delle fistole stenoniane, Morestin ha così regolato la tecnica: si disseca e si estirpa il blocco fibroso inglobante gli avanzi del dotto di Stenone. I tegumenti sono mobilizzati per l'estensione conveniente. Poi si ricerca e si isola il capo del dotto e lo si serra con una legatura strettissima. Per maggiore sicurezza lo si può infossare nelle fibre del massetere o nella parte anteriore della parotide. La pelle è riunita senza drenaggio.

Circa i risultati, Morestin riferisce che su 26 fistole glandolari parotidee trattate secondo la tecnica indicata, 24 sono guarite senza il minimo incidente in qualche giorno; 13 fistole del dotto di Stenone hanno dato 10 guarigioni immediate e 3 guarigioni ritardate due volte per spandimenti salivari che la puntura o l'incisione buccale ha fatto cessare in qualche giorno, una volta per disunione della ferita infettata con leggiero scolo di saliva.

A queste statistiche se ne sono aggiunte delle altre. Il metodo ha ottenuto i suoi successi nei casi quasi sempre difficili in cui la fistola complicava una ferita di guerra, specie quando l'importanza della mutilazione, la profonda alterazione della regione anatomica, la diffusione della sclerosi cicatriziale controindicavano l'impiego degli altri metodi. D'altra parte la soppressione funzionale di una parotide è così poco molesta che non si esiterà mai a ricorrervi per guarire una fistola. E il doppio processo di Morestin sembra essere il più semplice, il meglio adatto per tutte le forme di fistola, il più efficace.

B. MASCI.

MICROBIOLOGIA.

Streptococchi emolitici con speciale riguardo sulla loro importanza nelle infezioni acute dell'apparato respiratorio.

(DAVID Y. DARIS, N. D. Chicago.
The Iournal of the American Medical Association, Febbraio 1919).

È opportuno discutere questo argomento, perchè durante e dopo un periodo di epidemia dell'apparato respiratorio, come l'attuale, gli streptococchi in ogni modo possono avere una parte importante.

CARATTERI: streptococchi emolitici, in agar con sangue, formano una zona larga,c hiara e completa intorno a un piccolo grigio centro di colonie. Le culture in brodo di questi, aggiunti ad una sospensione di corpuscoli rossi, provocano l'emolisi di di questi in vitro; è una prova, che si usa comunemente. Bisogna ricordare che gli strept. emolit. non formano una variata singolare, ne un genere a se, essendo l'emolisi comune a molte altre specie di streptococchi, i quali si distinguono per altri caratteri.

CLASSIFICAZIONE: nel 1903 Shottmüller ha sostituito al termine *S. pyogenes* i termini: *S. viridans*, *S. hemoliticus*, *S. mucosus*, basandosi sulla loro reazione e comparsa nel sangue. Questa classificazione più tardi è stata adoperata da altri autori come Weaver, Hektoen, Ruediger, Rosenow.

Altre classificazioni si basano sul potere emolitico degli streptococchi; la migliore è quella di Holman. Questa classificazione è molto adatta perchè l'autore nomina diverse varietà di strept. emolit., essendo, come abbiamo detto, il fenomeno di emolisi comune a molte specie di streptococchi.

L'autore si limita a discutere strept. emolitici patogenetici o potenzialmente simili; sono microorganismi comunemente classificati come *S. hemoliticus* e *S. pyogenes*. Morfologicamente appaiono sferici ovali, formano nei tessuti delle catene, spesso lunghe; se moltiplicati rapidamente, appaiono a due o a catene corte.

PRODOTTI TOSSICI: riguardo a questo le nostre nozioni sono piuttosto scarse, ma senza dubbio strept. emolit. producono corpi molto tossici. La toro attività emolitica è causata da una emolisina, così detta streptolisina e si produce in vivo ed in vitro. Secondo Ruediger questa ha la struttura di una tossina solubile; iniettandola negli animali, questa dà luogo a formazione di un anticorpo specifico. Ma non sembra che la streptolisina sia il più importante prodotto velenoso generato dallo strept. emolit., perchè non è molto tossico e la sua produzione non è eguale all'intensità dell'infezione. Le vecchie culture sono poco tossiche ed i corpi morti delle batterie sono poco virulenti, così che possono esser iniettati negli animali e nell'uomo in dose piuttosto alte senza dar sintomi tossici. Per questi caratteri appare la somiglianza degli strept. emolit. con altre batterie patogenetiche nella quale il prodotto tossico si trova legato alla cellula della batteria, cioè sono delle « endotossine ».

VIRULENZA: le proprietà aggressive ed invadenti degli streptococchi sono superiori a molti altri microorganismi. Secondo Bail sono dovute ad una specie di aggressine. Secondo l'autore, queste proprietà sono dovute alla presenza di una sostanza capsulare, la quale si trova intorno a questi organismi; questa è stata osservata spesso negli strept. di alta virulenza; per esempio nelle epidemie da latte — nell'espettorato, nell'essudato e nel sangue sono stati trovati streptococchi capsulati i quali erano poco soggetti alla fagocitosi.

La virulenza dello strept. emolitico, molto variabile per l'uomo, è strettamente legata alle sue proprietà invasive ed alla resistenza ed immunità dell'uomo. Hanno isolato degli strept. emolitici nell'uomo i quali producevano delle infezioni di diverse intensità, questi strept. emol. apparentemente si rassomigliano ed inoculati negli animali mostrano lieve differenza nella loro virulenza.

Qualche volta sono state isolate strept. emolit. di alta virulenza da individui normali; ma in generale questi si trovano nelle infezioni umane.

ANTICORPI: Hektoen, Tunnicliff, Ruediger hanno osservato la formazione di opsonine specifiche nell'animale e nell'uomo affetti da malattie di origine streptococcica; lo stesso si osserva dopo l'inoculazione artificiale di batteri morti. Dalla formazione di queste opsonine sembra dipendere l'intensità dell'infezione. Sono state osservate anche delle agglutinine, ma queste non sono costanti.

IMMUNITA' E RESISTENZA: l'uomo e certi animali, come il cavallo, il coniglio, il sorcio sono più suscettibili degli altri animali all'infezioni streptococciche naturali e sperimentali. L'immunità acquisita che segue l'infezione streptococcica è lieve e di poca durata. I vaccini antistreptococciche, comparsi negli ultimi anni, come quelli di Marmorex, Arouson, Moser ecc., sono inefficaci dal punto di vista profilattico e curativo.

Le proprietà aggressive dello streptococco ed i poteri immunizzanti e di resistenza del paziente sono intimamente legati fra di loro, cosicchè riesce difficile lo studio dei diversi fattori compresi nell'infezione.

PATOGENESI: 1) *negli animali* il cavallo e la vacca sembrano più degli altri soggetti a infezioni provocate dallo strept. emolitico; questo è stato

isolato spesso dai suddetti animali ed è simile allo strept. emolit. dell'uomo.

2) *nell'uomo* la patogenesi dello strept. emolitico è molto importante, essendo questo l'agente provocatore di diverse malattie dei tessuti e degli organi. Così l'eresipela, malattie di gola in forma sporadica ed epidemica, malattie delle tonsille sono dovute spesso a questo microorganismo.

Riguardo alle infezioni da strept. emolit. degli organi respiratori, sono state osservate delle epidemie di polmonite, apparse come malattie primarie provocate da questo germe; spesso sono state complicate da empiema, a corso rapido, fatale con alta mortalità. È difficile dire che valore ha lo strept. emolitico nell' attuale epidemia d'influenza; fino adesso non sembra molto grande. Trovato nell'espettorato non ha l'aspetto di microorganismo predominante.

In generale si può dire che nell'influenza lo strept. emolit. non è mai l'agente primario dell'infezione, ma è importante come agente secondario. Nelle infezioni con esito letale rapido sembra di aver poca importanza, invece assume grande valore nei casi protratti .Potrà questo streptococco col tempo diventar l'agente primario di una epidemia di polmonite streptococcica? L'autore dice di non poter affermarlo, ma consiglia di esser guardingo verso un tale evento.

LA LOCALIZZAZIONE DELLO STREPT. EMOLIT. NEL CORPO UMANO: Nell'anno 1912 l'autore ha fatto uno studio batteriologico delle tonsille di molti malati affetti da varie malattie, come artrite, nefrite, miocardite; lui è stato sorpreso di trovar dei tipici strept. emolit. nelle cripte delle tonsille, mentre che erano assenti sulla superficie di queste, questo strept. è patogenetico per il coniglio. Sulla mucosa nasale lo strept. emolitico si trova di rado. I focolai infetti nella bocca e nei denti possono esser veicoli per il passaggio dello strept. emolitt. nella gola. La pelle, se lavata raramente, annida spesso lo strept. emolit. Il tratto gastro-intestinale in condizioni normali, sembra di esser libero dalla presenza dello strept. emol.; l'esame delle feci di molti individui, con strept. emol. nella gola, era negativo per questo germe.

IL VALORE DEGLI STREPTOCOCCHI EMOLITICI COME AGENTI SECONDARI E PRIMARI: i streptococchi emolitici, i quali si trovano in grande quantità nelle cripte delle tonsille, anche nelle condizioni normali, possono durante una infezione primaria qualunque, passare negli organi vicini e dar luogo ad una infezione secondaria di maggior gravità di quella primaria; in questo caso aumenta la virulenza dello streptococco fino a costituire un mezzo di contagio, piuttosto importante, per le persone vicine. In tal modo un agente secondario viene trasformato in primario.

Dott.ssa OSSLAN.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Gl'innesti di tessuti morti e la loro riviviscenza.

Nel numero del 19 gennaio 1919, della Sezione Pratica sunteggiammo un articolo di Nageotte e Sencert pubblicato su *La Presse Médicale* (numero del 9 dicembre 1918) e riguardante fatti sperimentali di innesti di tessuti morti (innesti tendinei e vasali) che tornano a vivere. Nageotte e Sencert, partendo da un innesto morto e studiandone l'evoluzione macroscopica ed istologica durante qualche mese, concludono che il tessuto connettivo innestato morto rivive.

G. Bonnefon (*La Presse Médicale*, n. 10, 20 febbraio 1919), sulla base di studi compiuti insieme con Lacoste, riguardanti numerose esperienze di innesti di cornea, pur dichiarandosi in perfetto accordo con gli A. per quel che riguarda le descrizioni istologiche, dà però dei fenomeni una interpretazione perfettamente contraddittoria. Egli è partito sempre da un innesto vivente e in quattro anni di esperimentazione la sua conclusione è stata invariabile: il tessuto connettivo innestato muore.

Rigenerazione non vuol dire riviviscenza. Facendo, dice Bonnefon, un innesto autoplastico della cornea del coniglio, constatiamo appena dopo 48 ore una necrosi marcata di tutti gli elementi nucleati del tessuto connettivo, che in otto giorni porta alla scomparsa completa per fagocitosi delle cellule fisse del trapianto. In questo momento l'innesto è perfettamente identico a quello di Nageotte in cui le cellule previamente uccise per mezzo dell'alcool o del formolo sono del pari digerite. Progressivamente dei fibroblasti, emanati dall'ospite, invadono lo stroma connettivale dell'innesto e si evolvono verso la forma stellata classica della cellula corneale. L'aspetto dell'innesto è, in capo a sei mesi, quello di un tessuto normale. Diremo di esso che è morto e che poi ha rivissuto, o semplicemente che le cellule morte dell'innesto sono state rimpiazzate dalle cellule viventi dell'ospite, che ne hanno assimilato la trama connettivale?

Altro esempio più decisivo: una rotella di cornea di cavia è innestata su una cornea di coniglio. Medesima evoluzione: i fibroblasti del coniglio penetrano nell'innesto e, al posto delle cellule fisse di cavia sgombrate, ripopolano gli interstizî delle cellule fisse di coniglio di un tipo morfologico completamente caratteristico. Ad evoluzione terminata, ci troviamo in presenza di un trapianto così costituito: un rivestimento epiteliale tipo cavia (perchè in questa eteroplastica, come nell'autoplastica, le cellule epiteliali viventi sopravvivono al trapiantamen-

to), delle cellule fisse tipo coniglio nel mezzo di una sostanza propria, in apparenza intatta. Anche in questo caso s'è avuto la morte dell'innesto connettivo di cavia, poi la sua rigenerazione e la sua assimilazione dall'ospite coniglio.

Gli istologi ammettono concordemente che, nella necrosi del tessuto connettivo, i fasci connettivali, non possedendo nessuna proprietà della materia vivente, rimangono immodificati; solamente si accentua la loro colorabilità per i colori basici. Si comprende da ciò la falsità delle concezioni teoriche di Nageotte, basate sulla conservazione apparente di questo stroma mesodermico e la riviviscenza di un tessuto che peraltro non ha avuto la pena di morire. Sulla base di questi fatti indiscutibili, diremo: cellula fissa morta = tessuto connettivo morto; cellula fissa rigenerata = tessuto connettivo rigenerato. Ora, tutte le esperienze di innesto connettivo vivente o morto mettono capo al medesimo risultato positivo: la distruzione della cellula fissa, la sua rigenerazione per opera dell'ospite, e per conseguenza l'assimilazione totale del trapianto.

Bonnefon, circa l'applicazione di questo metodo degli innesti morti alla chirurgia riparatrice umana, non vede gli orizzonti nè concepisce le speranze di Nageotte e Sencert. Egli si attiene alla realtà biologica, che è la seguente: Il migliore degli innesti, l'autoplastico, non vale gran cosa. È certo che l'innesto di tessuto morto vale ancora meno e, ciò, per una quantità di ragioni d'ordine biologico che è impossibile riassumere qui.

Allorchè Nageotte e Sencert scrivono che l'innesto arterioso morto è completamente rivivificato, ch'esso non ha subìto nè disintegrazione nè riassorbimento e s'è perfettamente adattato alla sua funzione, ci lasciano intravedere risultati (vitalità delle tuniche muscolari, delle fibre elastiche e del reticolo vascolo-nervoso, vale a dire contrattilità, elasticità e sensibilità riflessa) che Carrel, con l'autoplastica vivente, non ha potuto mai ottenere. Gli esami istologici di questi innesti dimostrano al contrario che la parete non è più costituita in corrispondenza del trapianto che da una lamina fibrosa di spessore variabile in cui l'iperplasia fibrosa ha avuto ragione di tutto ciò che era muscoli, tessuto elastico o nervi.

Solo la chirurgia riparatrice dei nervi sembra poter beneficiarsi largamente dell'innesto morto: infatti, le guaine connettive del tubo nervoso morto non si oppongono alla progressione rigeneratrice del cilindrasse, strozzata negli innesti ordinari dalla reazione vigorosa del tessuto connettivo. Ma nè questi fatti sperimentali nè le loro conseguenze pratiche sono tali da giustificare le vedute teoriche di Nageotte e Sencert e le vaste speranze chirurgiche ch'essi fondano su queste teorie.

A questo articolo di Bonnefon segue una breve risposto di Nageotte e Sencert, i quali dichiarano di non voler discutere tutte le opinioni ch'essi considerano come erronee in tale articolo, ma si limitano ad affermare:

a) che è inesatto che l'opinione generale degli istologi sia che la sostanza intercellulare dei tessuti connettivi non è vivente; al contrario la opinione generale era fino a questi ultimi tempi in favore della vita dei connettivi;

b) che è falso dire che non vi sia alcuna differenza fra un innesto morto ed un innesto vivente destinato a morire sul posto prima di essere rigenerato, e che per convincersene si possono ripetere le loro medesime esperienze;

c) che un gran numero d'innesti nervosi e tendinei fatti nell'uomo e ben riusciti, provano che non si deve più discutere la fondatezza delle loro speranze, ma constatarne la realtà.

B. MASCI.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ancora sull'efficacia del nitrato di argento nelle lesioni da solfuro di etile biclorurato (yprite)

per il dott. G. AMANTEA
assistente nell'Istituto Fisiologico di Roma
e libero docente.

Nel fasc. 38 del *Policlinico* (Sez. pratica, 22 settembre 1918), in una nota dal titolo: « Su un nuovo metodo di cura delle lesioni da solfuro di etile biclorurato (yprite) », proponevo il trattamento delle lesioni cutanee e oculari dovute all'azione della suddetta sostanza, impiegata a scopo offensivo di guerra, col Ag NO_3, fondandomi sui risultati favorevoli di indagini potute eseguire *su me stesso* (esperienze sulla cute) o sugli animali (esperienze sugli occhi) durante i mesi di maggio-agosto precedenti, in zona di guerra; esponevo anche i criteri che mi avevano guidato, ed insistevo sui particolari tecnici, che mi si erano rivelati più vantaggiosi allo scopo.

Il prof. G. Viale si affrettò a ripetere le mie ricerche e a pubblicare nel fasc. 44 di questo stesso periodico (Sez. pratica, 3 novembre 1918) le sue conclusioni, che risultarono discordanti dalle mie.

Quantunque in seguito alla completa vittoria delle nostre armi abbiano, per fortuna, perduto ogni valore di attualità e di pratica applicazione simili argomenti, pure essendo io voluto ritor-

nare all'esperimento collo scopo di chiarire la divergenza, non ritengo ora del tutto inutile riferire intorno ai nuovi risultati, per quell'importanza che loro possa rimanere dal punto di vista puramente scientifico.

Come i lettori ricorderanno, avevo basato la mia proposta di trattamento delle lesioni da yprite col $AgNO_3$ su due fatti fondamentali:

1) la capacità del $AgNO_3$ di reagire in soluzione acquosa coll'yprite precipitandone il cloro sotto forma di cloruro di argento, e annullando le proprietà tossiche della sostanza;

2) la capacità del $AgNO_3$ di reagire anche coll'yprite fissata dai primi strati dei tessuti epidermico-dermici, il che permetteva di ottenere effetti favorevoli, intervenendo col trattamento persino nove ore dopo l'ypritizzazione. Riconobbi tuttavia che l'applicazione del $AgNO_3$ va proporzionata, nella durata e nella quantità, finchè è possibile, al tempo che ha avuto la sostanza vescicatoria di agire; e consigliai di riprendere, prima del trattamento definitivo, l'eccesso eventuale di yprite, con un batuffolo di ovatta imbevuto della stessa soluzione di $AgNO_3$, scorrendo con esso a più riprese e centripetalmente sulla regione ypritizzata.

Il Viale confermò che « effettivamente *in vitro* l'yprite viene denaturata dal $AgNO_3$, con la precipitazione di cloruro di argento »; però la reazione avverrebbe lentamente, e, anche quando il contatto *in vitro* dell'yprite col sale è stato abbastanza lungo (30' 40'), il filtrato della miscela continuerebbe a conservare potere rubefacente, dovuto forse ai nuovi composti che si formano nella reazione o alle sostanze che si trovano mescolate col solfuro di etile biclorurato nel prodotto grezzo industriale. Nelle esperienze eseguite su se stesso e su soldati, il trattamento precoce col $AgNO_3$ non si sarebbe dimostrato più favorevole di quello con soluzioni di permanganato potassico al 3 % nell'impedire o limitare le lesioni da yprite. Crede di poter trovare il motivo della divergenza tra i risultati proprii e i miei nella diversità dei soggetti da esperimento, inquantochè mentre egli ha esperimentato sull'uomo, io avrei sperimentato su animali (?!!).

Affermazioni simili provenienti da un distinto collega non potevano non esser prese da me nella considerazione che meritavano. Volli pertanto assumere altri elementi, per una risposta, da una seconda serie sistematica di ricerche, che ho eseguito *in vitro*, su me stesso e su animali.

L'aver dovuto, su me stesso, per necessità sperimentali, iniziare ciascuna prova solo quando gli effetti della precedente erano del tutto scomparsi, spiega il ritardo col quale ritorno alla discussione.

Riassumerò brevemente i risultati ottenuti:

Esperienze « in vitro ». — Con esse ho potuto rilevare che la reazione fra $AgNO_3$ e yprite è lenta, quando si tratta colla soluzione argentica l'yprite come tale. Se invece si fa reagire la soluzione acquosa di $AgNO_3$ con una soluzione acquosta di yprite, la precipitazione del cloruro di argento è *immediata*. Neutralizzando *completamente* — e ciò è condizione indispensabile — col $AgNO_3$ *tutta* l'yprite di una soluzione acquosa al 1/2-1 %, avente sicuro potere vescicatorio accertato mercè prove sulla cute, *il filtrato e il residuo rimasto sul filtro non esplicano più la benchè minima azione rubefacente.*

Logicamente dunque l'yprite da me usata — due campioni del prodotto industriale, tratti da proiettili avversarii inesplosi, e che mi erano serviti anche per le prime ricerche — non conteneva mescolate altre sostanze ad azione vescicatoria, nè una tale azione poteva attribuirsi ai composti nuovi derivanti dalla reazione.

Esperienze su me stesso. — Ho eseguito quattro nuove esperienze successive su regioni perfettamente simmetriche della superfice flessoria degli avambracci, e di quella anteriore ed esterna delle cosce. La quantità di yprite applicata è stata *sempre maggiore* dal lato del trattamento col $AgNO_3$, che ho adoperato in soluzioni acquose al 5-10 % (1). Il trattamento fu praticato 30'-5 ore dopo l'ypritizzazione. Mentre da un lato si fece agire il $AgNO_3$, sulla regione controlaterale di controllo dopo averla bagnata con acqua si strofinò per un tempo eguale una compressa di permanganato potassico della farmacia militare. In un solo caso sulla regione di controllo non si procedette ad alcun trattamento.

I risultati furono chiari, decisi, e affatto concordi coi miei precedenti: il $AgNO_3$ si dimostrò in tutti i casi capace di impedire la formazione di vesciche, e limitò marcatamente i fenomeni infiammatorii, il senso di prurito, ecc.; il permanganato potassico esplicò un certo effetto favorevole, limitando alquanto i fenomeni infiammatorii e vescicatorii, se applicato colle modalità suesposte *poco dopo* l'ypritizzazione, mentre applicato dopo 5 ore non lasciò apprezzare più alcun vantaggio.

Esperienze sugli animali. — Ho voluto stabilire se i risultati favorevoli ottenuti sulla cute dell'uomo sono anche apprezzabili su quella de-

(1) Le soluzioni al 10 % mi sono risultate più pratiche, poichè presentano sulle altre più deboli il vantaggio di permettere un trattamento meno prolungato. Questo ebbi occasione di accennare verbalmente al Viale, e in tale senso va interpretato quanto egli ne riferisce nelle ultime righe della sua nota.

gli animali. Con prove opportunamente istituite sulla cresta di un gallo e sulla superfice esterna dell'orecchio di cavie, mi è stato agevole accertare, che il $AgNO_3$ anche in tali casi lascia rilevare la sua costante efficacia.

Occorre inoltre ricordare, che il metodo di cura da me proposto fu potuto sperimentare anche sui colpiti da yprite in seguito a tiri avversarii nella notte sul 28 settembre 1918 contro le nostre posizioni di Costalunga e M. Valbella. Il trattamento potè essere fatto, ma solo dopo molte ore dalla lesione, su parecchi dei colpiti ricoverati nell'ospedaletto da campo 323, preordinato per accogliere detto genere di infermi.

Sui risultati soddisfacenti ottenuti, anche in tali condizioni di cura tardiva, riferì dettagliatamente il direttore dell' Ospedaletto capitano dottor L. Fasciolo alle superiori autorità. E ad essi appunto ritengo che accenni la nota, contenuta a pag. 70 nelle istruzioni sugli « Effetti dei gas asfissianti e lacrimogeni impiegati dal nemico. - Seconda edizione », diramate dall'Ufficio Tecnico del nostro Comando Supremo agli ufficiali medici.

In conclusione, contro gli esperimenti di controllo del Viale stanno *tutti* i risultati netti e concordi delle esperienze mie vecchie e recenti *su me stesso* eseguite con yprite che non conteneva mescolate altre sostanze ad azione vescicatoria; i risultati riconosciuti « soddisfacenti » dall'Ufficio Tecnico del C. S., e infine quelli stessi ottenuti *sugli animali*.

Per spiegare la diversità dei risultati del Viale non resta che l'ipotesi (a lui stesso suggerita dalle sue ricerche *in vitro*), che l'yprite da lui adoperata contenesse mescolate altre sostanze vescicatorie.

CASISTICA ANATOMO-PATOLOGICA.

OSPEDALE DI S. M. MADDALENA IN TRIESTE
Direttore cav. dott. A. MARGOVICH.

Un caso di diatesi emorragica

per il dott. LINO URIZIO.

Questa piccola nota descrive la sezione di un caso di diatesi emorragica, le cui lesioni intestinali già per se non comuni coincidono fin nei più minuti dettagli con identiche lesioni trovate in tre sezioni, che ebbi occasione di fare nella lontana Lituania in due differenti epidemie, due di ittero castrense, una di scorbuto. Allora — intendo di queste tre sezioni fatte in Russia — occuppava vivamente la letteratura medica delle potenze centrali la frequente comparsa, ora in una regione ora nell'altra, di piccole epidemie che venivano chiamate variamente ittero epidemico, castrense, malattia del Weil, porpora emorragica, scorbuto, ecc., affezioni che colpivano soltanto soldati, mai popolazioni civili, che restavano localizzate a parti di truppe, che pure erano alimentate uniformemente, che alcuni credevano di natura infettiva, altri alimentare.

Le mie sezioni furono allora le prime a portare l'anatomia del morbo (*Wiener Klin. Woch.*, 1917, n. 46, pag. 1447). È opportuno dire che all'ittero lentamente scomparso subentrava gradatamente negli stessi gruppi di soldati una sindrome emorragica che tutti dicevano scorbuto (Schittenhelm, Bayer). Nei due casi d'ittero prevalevano, come è naturale, le alterazioni epatiche; nel primo caso anzi, più grave, si pensava ad una atrofia giallo-acuta, tanto pronunciate erano le lesioni del tessuto parenchimatoso, tanto forte la necrosi. E anche nel secondo caso, per quanto ci fossero traccie di una rigenerazione di tessuto epatico, pure erano visibili le forti alterazioni subite. Come atrofia giallo-acuta anzi definì il Paltauf i preparati istologici del fegato di ambedue i casi da me inviatigli.

Ma ecco a brevi tocchi il quadro di queste due prime sezioni: gli individui itterici hanno numerose ecchimosi più o meno forti nella cavità pleurica, nel diaframma, nel peritoneo, nel mesenterio, nell'epi-endocardio, nella corticale renale, nella vescica. C'è tumore acuto di milza, le glandole mesenteriali sono ingrandite, succulenti, il crasso dalla valvola ileocecale al retto porta numerosissimi noduli miliari, in parte ulcerati; emorragie puntiformi coprono la mucosa ancor libera tra i noduli. Nei dibattiti d'allora — che forme scorbutiche non c'erano — si pensava alla natura infettiva. E anche l'osservazione dello Schoen sulle gengiviti, sulle emorragie buccali, tipiche per uno scorbuto, non scardinava la credenza che un'infezione generasse il morbo (Schittenhelm). Il reperto intestinale delle due sezioni, la conseguente tumefazione glandolare al mesenterio suffragavano l'ipotesi infettiva. Ma tutti i tentativi culturali fallivano, e si poteva escludere il Weil dal quadro clinico ben chiaro e dalla mancanza di spirochete.

Poscia l'ittero andò evanescendo e poco tempo dopo nei soldati annunciantisi malati, si osservavano emorragie puntiformi agli arti, prima rare poi più spesse, queste si accompagnavano a dolori muscolari, disturbi intestinali, anoressia, alterazioni termiche ora lievi ora forti, le gengiviti erano pronunciatissime, comparivano le epistassi. Di giallura non c'era più traccia, tutti ora parlavano di uno scorbuto, e lo Schoen, avvalorando l'osservazione sua delle gengiviti nei casi d'ittero, affermava essere questa diatesi

il quadro stesso dell'ittero con più evidenza dei fenomeni scorbutici, tanto più che ora comparivano frequenti nelle diverse regioni, senza riguardo a clima o a natura del suolo, affezioni consimili che terapeuticamente poco o nulla si lasciavano influenzare. In questo periodo ho la mia terza sezione (*Wiener Klinic. Woch.*, 1917, n. 46, pag. 1449). Clinicamente il sezionato (i dati clinici li devo al prof. Kose di Praga) aveva presentato caratteristici fenomeni scorbutici, gengivite, ulcerazioni della mucosa buccale, emorragie cutanee, specialmente agli arti inferiori, s'era lagnato di forti dolori muscolari, di epistassi frequenti, era tormentato da febbre alta. L'esame ematologico, fatto nel laboratorio da campo da me diretto, mostrò un forte aumento delle forme mononucleari (53 %) caratteristico per lo scorbuto (Labor ed altri). Nell'orina traccie di urobilinogeno.

La sezione: emorragie nelle cavità sierose come nell'ittero, tumore acuto di milza come nell'ittero, forte ingrossamento delle glandole mesenteriali come nell'ittero. *Ed anche qua la comparsa di numerosissimi noduli, in parte ulcerati, nel crasso, dalla valvola al retto, colle emorragie puntiformi nei tratti liberi della mucosa.*

Il fegato di consistenza indiminuita ha solo lieve disegno sbiadito. Istologicamente i noduli del crasso hanno le stesse alterazioni di quelli delle due sezioni d'ittero, i follicoli sono intatti.

Reperti anatomici di scorbuto vero ne abbiamo diversi nella letteratura (Sato, Nambu, Hansemann, ecc.) ma tutti parlano di lesioni diffuse a tutto il tratto intestinale, non localizzate nettamente al crasso, come nel caso mio, per quanto gli autori giapponesi (Sato e Nambu) narrino anche di noduli ulcerosi piccolissimi « come forati da uno spillo », che corrisponderebbero ai noduli delle tre sezioni. Reperti anatomici eguali ai miei trova poscia il Fuchs in Palestina in epidemie analoghe.

Ora nell'Albania (Ljusna) in un tempo in cui non c'erano nè forme itteriche nè di scorbuto, ebbi a sezionare un soldato che con fenomeni di porpora emorragica grave in pochissimi giorni venne a morire.

Era ben sviluppato, robusto, sanissimo fino allora, tollerante tutti gli strapazzi bellici senza mai ammalare, di famiglia — a detta sua — anche sana. L'improvviso manifestarsi di petecchie emorragiche agli arti, congiunte a dolori muscolari forti, lo porta al medico. Nell'ospedale, osservato da molti, il caso vien chiamato comunissima porpora emorragica. Egli febbricita, vien tormentato da forte epistassi, ribelli a ogni cura. Lo si ritiene emofiliaco, ma l'esame del sangue porta poca luce nel caso. Gli eritrociti non mostrano resistenza diminuita con soluzioni ipo- e ipertoniche. Microscopicamente la formula dei bianchi rivela un aumento a favore delle forme mononucleari. Nell'orina forte urobilinogeno. L'ammalato s'aggrava, non giovano le iniezioni di siero, l'epistassi dissanguandolo lo uccide. Della sezione vengo incaricato subito dopo la morte. Trovo un cadavere anemicissimo, che rende più evidenti le petecchie. All'apertura del torace nessuna traccia di timo; emorragie alle pleure parietali e viscerali. I polmoni son liberi, senza lesioni apicali, anemici. Il cuore e tutti gli altri organi parenchimatosi rivelano la forte anemia. Il miocardio è consistente ancora, non ipertrofico, le valvole sufficienti, l'aorta liscia. Qua e là, più spiccate nei pressi dell'orecchietta sinistra e ai muscoli papillari si presentano delle ecchimosi. Ma anche il diaframma ne porta. Il fegato è ingrandito, di consistenza normale, al taglio non lascia osservare alterazioni parenchimatose speciali, però anche in questo caso la milza è ingrandita del doppio e per quanto anemica rivela l'acuto tumore. Le glandole mesenteriali sono alquanto succulente, tumefatte. Alla sierosa del tratto intestinale nulla, come pure alla mucosa fino alla valvola ileocecale, eccezione fatta di piccole emorragie puntiformi nel ventricolo. *Ma dalla valvola fino al retto, per tutto il tratto del colon, numerosi noduli « come forati da uno spillo » coprono quasi tutta la mucosa, disseminata ancora da emorragie puntiformi.*

L'esame istologico degli organi linfatici e dei noduli, al crasso, dettero l'eguale risultato dell'esame delle sezioni accennate prima. Tentativi culturali dettero anche qua esito negativo, spirochete nei numerosi tagli epatici non si trovarono.

Io trovai strana questa coincidenza nuova così precisa delle alterazioni intestinali e degli organi linfatici nelle quattro sezioni. E per quanta letteratura abbia scorsa, ancora non ho mai trovato un reperto che possa essere consono a questi, eccezion fatta di quanto si conosce dell'intestino degli scorbutici.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Regia Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 gennaio 1919.

Presidenza del prof. F. DURANTE.

Aperta la seduta domanda la parola il prof. PARISOTTI che ricorda la dolorosa perdita del socio ordinario prof. Campana, del quale rievoca le nobili ed eccellenti doti di uomo e di scienziato.

Il presidente prof. DURANTE si associa alle parole dette dal prof. Parisotti in memoria del prof. Campana e ricorda la perdita di un altro socio ordinario, il prof. Scalzi.

Di entrambi riassume i meriti scientifici, proponendo che sia invitato un socio dell'Accademia a comporne la necrologia.

Su proposta del prof. Alessandri si invita il prof. Della Vedova a commemorare il prof. Scalzi. Per il prof. Campana l'Accademia decide di invitare il prof. Carruccio.

Tendenza al sincronismo fra i movimenti del respiro e del cuore, con un rapporto da 1 : 2 e da 1 : 1.

GIOV. GALLI. — L'oratore presenta una grafica delle modificazioni riguardanti il numero dei respiri di cui sono più note le polipnee che le bradipnee. Mostra un tracciato di questa ultima forma con una frequenza di circa 5 respiri per minuto la quale fa contrasto con la polipnea del primo tracciato con 70 respiri per minuto. Tratta poi di una manifestazione respiratoria ancora più singolare che consiste in una tendenza al sincronismo dei movimenti del cuore e del respiro con un rapporto 1 :2 e 1 :1. Oltre che con le prove funzionali cardiache il fenomeno può essere provocato anche con l'inalazione di nitrito d'amile, con l'iniezione di atropina e con la manovra di Valsalva. L'O. ricorda un lavoro del prof. Zeri su di un fenomeno consimile.

La tendenza al sincronismo fra respiro e cuore, con rapporto 1 :2, 1 :1, può essere secondo le osservazioni dell'O. utilizzata come criterio diagnostico. La diagnosi della capacità funzionale cardiaca non si fa facilmente e tanto meno con il semplice stetoscopio. L'O. ha riunito diversi criteri, che costituiscono il fondamento della diagnosi funzionale cardiaca. A questi criteri l'O. crede ora opportuno aggiungere quello della tendenza ad sincronismo tra cuore e polmoni.

Sull'azione terapeutica della cinconina e della chinoidina nella malaria.

S. SILVESTRI. — Da esperienze compiute nella R. Clinica medica di Roma, l'O. ha potuto rilevare che in tutti gli ammalati con infezione malarica in atto la cinconina ha nettamente troncato gli accessi febbrili e la sua azione specifica non si è dimostrata inferiore a quella del chinino. Dal punto di vista terapeutico quindi la cinconina può considerarsi come identica alla chinina.

L'O. rileva però che non si è ancora potuto risolvere se la cinconina possa rimpiazzare la chinina nei casi in cui questa determina gravi disturbi come ad esempio l'accesso di emoglobinuria. Egli non ha potuto inoltre rilevare alcun disturbo dalla mescolanza dei due alcaloidi e se l'esperimento su gli animali, nei quali si ha azione tossica, giustifica il rigore delle farmacopee, le quali richiedono che i sali di chinina siano puri, ed i saggi di purezza sono sopratutto rivolti a svelare la presenza della cinconina, l'esperienza clinica dimostrerebbe invece che la mescolanza di cinconina e chinino non è dannosa.

Il prof. GOSIO domanda se le prove fatte autorizzino ad ammettere che la cinconina vada esente da quei fenomeni di idiosincrasia individuale che talora si oppongono all'uso del chinino.

Il prof. RHO ricorda come gli inglesi in India usassero un tempo un prodotto ricco di cinconina.

Ad entrambi risponde il dott. Silvestri.

Utilizzazione dei monconi di amputazione al terzo sup. dei due avambracci senza alcuna cineplastica.

R. ALESSANDRI. — L'O. illustra il caso presentato già nella seduta precedente ed insiste sulla importanza della sensibilità nella utilizzazione dei monconi dei due avambracci e non solo di quella cutanea, ma di tutte le diverse forme di sensibilità.

Di un nuovo terreno per la coltivazione del bacillo di Pfeiffer.

D. CALDAROLA. — L'O. mediante esperienze ha potuto constatare come il cervello di qualunque animale sia un ottimo terreno di coltura pel bacillo di Pfeiffer. Egli riferisce il procedimento da seguire.

Il prof. GOSIO ricorda gli inconvenienti presentati dai terreni di coltura sino ad oggi adoperati e riconosce l'importanza pratica dell'agar cervello proposto dal Caldarola trattandosi di materiale facile ad aversi in gran copia.

Il prof. DE BLASI rileva i vantaggi che il terreno di coltura introdotto da Caldarola offre nei riguardi della ricerca in grande del bacillo di Pfeiffer ed osserva che egli ha avuto recentemente occasione di ottenerlo in prima coltura su agar e su siero di Löffler alla cui superficie erano state aggiunte poche gocce di sangue umano. Chiede poi quale rapporto esista fra la composizione del suo terreno di coltura e quella dei terreni di coltura a base di poltiglia cerebrale che Hibber aveva già usati per alcuni anaerobi.

Il prof. ASCOLI chiede se i germi con i quali ha sperimentato il terreno, siano con certezza bacilli di Pfeiffer.

Il CALDAROLA al prof De Blasi risponde che lo sviluppo del germe deve essere dovuto a qualcuno dei costituenti della sostanza cerebrale ed al prof. Ascoli che gli stipiti da lui usati avevano tutti e solo i caratteri morfologici e colturali indicati dal Pfeiffer.

E. GROSSI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Rottura di aneurisma aortico in un bambino.

Gli aneurismi nei bambini possono esser dovuti: 1) ad arteriosclerosi; 2) a traumi; 3) ad emboli o sepsi; 4) ad erosioni dall'esterno (falsi); 5) ad anomalie congenite.

Il primo tipo è stato il più studiato in questi anni, riconoscendolo dovuto molto spesso a sifilide congenita; rarissimo è quello traumatico.

Tutt'altro che frequente (sette soli casi nella letteratura) è quello derivante da malformazioni congenite (due volte stenosi parziale dell'aorta toracica, cinque volte anomalie del dotto).

A. E. Brouson e G. A. Sutherland (*Brit. Journal of Children's Disease*, dic. 1918 e *Medical Review*, febbraio 1919) hanno osservato un bambino di quattro anni e mezzo che si lamentava di dolori al torace e che aveva ansia di respiro non appena si metteva a camminare. All'epigastrio era visibile una pulsazione; l'urto della punta si notava al sesto spazio intercostale, un cm. all'esterno della linea mammellare. A destra si notava un'area pulsante estesa trasversalmente per 15 cm. a cui corrispondeva un'ottusità, che invece non era notevole a sinistra.

Al terzo spazio intercostale sinistro, si ascoltava un rumore sistolico dolce, che invece a destra sull'area di ottusità era forte ed accompagnato da un secondo tono esagerato.

Il bambino aveva una leggiera febbre di cui non si spiegò la causa, ed inoltre presentava un po' di tosse e dei segni catarrali nell'albero respiratorio.

Licenziato dall'ospedale, morì improvvisamente qualche mese dopo, mentre era nello stato abituale di salute.

L'autopsia dimostrò la rottura di un aneurisma fusiforme dell'arco aortico ascendente: non vi erano segni di degenerazione del miocardio, nè dell'endocardio. Le pareti dell'aneurisma erano inspessite con sclerosi jalina, mentre la porzione dell'aorta precedente l'aneurisma era stenotica. L'origine sifilitica dell'aneurisma era da escludersi per la mancanza di spirochete, di reazione di Wassermann, e per la limitazione della malattia alla porzione dell'aorta soggetta alla pressione anormale. I. P.

Rottura dell'arteria epigastrica profonda per sforzo muscolare.

Una donna di 42 anni, multipara, per collocare una tenda ad una finestra fece un salto dal pavimento per l'altezza di pochi pollici, puntando tutto il corpo sulla gamba destra (L. Emerson. *Journ. Am. med. Assoc.* 1918, pag. 1145). Risentì subito un forte dolore all'addome nel quadrante inferiore sinistro, svenne e cadde. Dopo rinvenuta, avvertì brividi, sudori viscidi, sete continua, inquietudine, vomiti. Le condizioni di dolorabilità dell'addome non permettevano un esame accurato; si avvertiva ottusità diffusa nel quadrante inferiore sinistro. Temperatura 37°.3, pulsazioni 100, urina normale. Un enteroclisma ebbe esito negativo riguardo al dolore, l'olio di ricino provocò scariche normali. Il mattino seguente sull'addome, sempre molto sensibile si avvertiva ottusità ed induramento; ad ogni modo la paziente si sentiva meglio. Nei giorni seguenti si venne delineando un tumore palpabile nella parete addominale.

All'atto operativo, si trovò un ematoma, sviluppatosi a spese del peritoneo, il quale era tinto dal sangue fuoriuscito dall'arteria epigastrica profonda, che si era rotta nel punto di mezzo fra il legamento del Poupart ed il punto d'entrata nella porzione inferiore della guaina del retto. L'ematoma conteneva circa due tazze di sangue coagulato. Esiti operatori normali.

La paziente attribuisce la lesione al busto che essa portava molto stretto e molto lungo allo scopo di ovviare all'obesità incipiente; per la strettezza di tale busto il vaso sanguigno si sarebbe troncato nell'atto di estendere la gamba. *r. s.*

L'eziologia della rottura delle valvole cardiache.

La relativa frequenza delle rotture valvolari è un fatto bene stabilito; il Ranelletti (cit. in *Medical Record*, 22 febbr. 1919) ne ha pubblicato recentemente la migliore statistica, basata su 79 casi; 49 riguardano le valvole aortiche; 27 la mitrale, 2 la tricuspide, 1 la polmonare.

È da rilevarsi la maggior frequenza della rottura delle sigmoidi, ciò che non era stato riconosciuto finora. Nella donna l'evento è più raro (5 volte su 95 dell'uomo).

Allo stato presente delle nostre conoscenze, si debbono ammettere tre ordini di cause di tale evenienza e cioè:

1) rottura diretta da trauma sul torace; 2) rottura da sforzo, sia singolo, sia ripetuto, come p. e. nei ciclisti; 3) rottura risultante contemporaneamente da trauma e da sforzo.

La statistica di Ranelletti, come quella più antica di Stern, dimostra che il fattore sforzo è il più importante: il primo ha trovato che a tale causa si dovevano attribuire 43 rotture sopra un totale di 79. Sia il trauma che lo sforzo però, non provocano la rottura se non vi è una predisposizione locale o generale. Bisogna però tener presente che esiste in molti casi una certa predispo-

sizione, legata a condizioni patologiche delle valvole, in seguito a reumatismo, processi infettivi, lesioni arteriosclerotiche e sifilitiche e specialmente ipertensione.

In presenza di una predisposizione, basta un trauma leggero a produrre la rottura, ciò che ha particolare importanza nelle questioni medico-legali; la lesione preesistente può peraltro essere rimasta clinicamente latente, oppure il soggetto può avere interesse a dissimulare i fenomeni morbosi. La prova non può essere fornita che dall'autopsia e soltanto se la morte avviene in primo tempo, poichè in caso contrario, non si può sempre escludere che le lesioni siano secondarie alla rottura.

fil.

Angina pectoris tabagica.

Ch. Fiessinger (*Journal des Praticiens*, 15 marzo 1919) riferisce di avere osservato tre soggetti, in cui era stata fatta diagnosi di angina pectoris tabagica, specialmente perchè era stata riscontrata per tre volte negativa la reazione di Wassermann. In realtà invece essi erano affetti da coronarite sifilitica ed una quarta reazione di Wassermann eseguita da un ottimo laboratorio diede risultato positivo.

La sifilide misconosciuta costituisce un fattore di gravità di cui a torto si fa cadere la colpa sul tabacco. L'angina pectoris tabagica non si prolunga al di là di qualche settimana, dopo la soppressione della causa; i disturbi, che continuano oltre 4-6 mesi, debbono risvegliare l'attenzione se l'ammalato non fuma più; s'impone la ricerca della reazione di Wassermann, che se è positiva dà delle probabilità di certezza per la diagnosi.

Il tabacco per se stesso non uccide, ma determina un esito fatale sia per mezzo della sifilide come delle alterazioni ateromasiche delle coronarie. Ora queste ultime esistono in molti soggetti in età avanzata, che non hanno angina pectoris; se essi però fumano possono avere delle crisi gravi.

L'A. cita tre casi da lui osservati di individui verso i 70 anni, non sifilitici in cui la soppressione del tabacco aveva determinato la scomparsa delle crisi, mentre bastava il fumare una sigaretta per farle ricomparire. Dopo qualche tempo di soppressione del tabacco e di benessere, il ritorno al fumo provocò la comparsa di crisi, che determinarono la morte.

Il tabacco, se può provocare le crisi, non porta alla morte che a condizione di mettere in giuoco l'esistenza di una lesione che, senza di esso non si rivelerebbe forse per nessun segno.

L'azione ipertensiva, spasmodica del tabacco spiega gli accidenti, e davanti al colpo di frusta tossico cede la tolleranza della lesione esistente, sia essa sifilide o ateroma, o altre affezioni, che sono messe in luce dal tabacco. Durante l'età adulta, però ad eccezione della sifilide, le lesioni aortiche e coronarie sono rarissime e si comprende che il tabacco in tali condizioni non provochi morte per angina pectoris, che solo in via affatto eccezionale.

r. s.

TERAPIA.

I metodi di trattamento del lupus.

L. Brocq (*Bulletin médical* e *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 25 febb. 1919) riconosce che non vi è un trattamento specifico e nemmeno univoco del lupus. Le indicazioni terapeutiche variano secondo la localizzazione e le diverse varietà obbiettive.

In vicinanza degli orifici della faccia si dovranno usare le scarificazioni lineari quadrettate. Le fosse nasali vanno esaminate e trattate con grande cura, con le scarificazioni o con i raschiamenti, seguiti da cauterizzazioni, con permanganato di potassio, cloruro di zinco, nitrato d'argento. Dopo l'emostasi si applicano degli impiastri mercuriali.

Il lupus limitato della faccia e, meglio ancora, quello degli arti e del tronco si asporta chirurgicamente; nei lupus di media grandezza si applica la fototerapia, oppure il raschiamento di tutti i lupomi, seguito da cauterizzazioni e da medicazioni allo iodoformio: si ripete l'operazione quando si è ottenuta la cicatrizzazione, in modo che non vi siano più lupomi nella cicatrice.

Nei lupus delle mucose si userà la cauterizzazione ignea, oppure il raschiamento seguito da cauterizzazione: per le palpebre sono invece indicate le scarificazioni.

Le forme ulcerose, che sono spesso le meno gravi, si trattano con applicazione di caustici leggeri (permanganato di potassio, empiastro mercuriale) e solo se questi non riescono si ricorrerà ad altri metodi.

Le forme voraci, cioè rapidamente estensive, vanno invece trattate senza ritardo con le scarificazioni. Quelle turgescenti, con inspessimento considerevole ed infiltrazione dei tessuti, si curano con iniezioni di calomelano od applicazioni di radio-terapia, fino ad ottenere una diminuzione dell'infiltrazione, dopo di che, si applicheranno i metodi abituali.

l. b.

Trattamento dell'eczema seborroico del labbro inferiore.

G. D. Culver (*Medical Record*, 15 marzo 1919) ha osservato uno stenografo con una ragade profonda nel mezzo del labbro inferiore, non indurata, a margini arrotondati, con estesa desquamazione. Il paziente faceva eccessivo uso di idrati di carbonio e di grassi, conducendo una vita non abbastanza attiva; si aveva di conseguenza una dispepsia flatulenta, che a sua volta aumentava la delicatezza delle mucose e le rendeva più sensibili alle infezioni.

L'A. applicò il radio (11 mgm.) usando per schermo una lamina di ottone, una di alluminio ed un foglio di carta: tempo di esposizione: mezz'ora. Fece poi fare applicazioni frequenti con il seguente unguento: liquore di acetato di alluminio cmc. 0.6; lanolina, cerato semplice ana gm. 14. Venne consigliata altresì una cura medica ed igienica. Poco tempo dopo, venne rifatta l'applicazione di radio.

In pochi mesi la bocca ritornò perfettamente normale.

Il liquore di acetato d'alluminio (soluzione di Burrow) è fatto con solfato d'alluminio gr. 126), acido acetico (cmc. 142), carbonato di calcio (gr. 56), acqua (cmc. 426). Il cerato è composto con cera bianca (gr. 168), paraffina molle (gr. 102), sugna al benzoino (gr. 280). — (*N. del red.*).

r. s.

La cura della scabbia nella pratica privata.

Recentemente Oppenheim (*Wiener mediz Wochenschrift*, nov. 1918) aveva raccomandato il seguente metodo: strofinare tutto il corpo con sapone verde, impiegandovi un quarto d'ora; entrare poi in un bagno caldo, asportando in un altro quarto d'ora tutto il sapone con una spazzola. All'uscita dal bagno, asciugarsi bene ed applicare un unguento fatto con zolfo precipitato, 25 gr.; carbonato di potassio, 10 gr.; vaselina, 125 gr. Due ore dopo, prendere un altro bagno caldo per asportare tutto l'unguento: asciugata la pelle, applicarvi una pasta di zinco, che completa la cura.

C. Greene Cumston (*Medical Record*, 22 febbraio 1919) consiglia un metodo che è pure rapido e che lascia pochissima irritazione cutanea. Alla sera, prima di andare a letto, il paziente si strofina accuratamente con sapone verde il corpo ed il collo, ponendo speciale cura per gli spazi interdigitali. Prende poi un bagno caldo, della durata di mezz'ora, asportando frattanto il sapone con una leggera frizione. Asciugatosi poi, si strofina con questa pomata: Ittiolo gr. 10; pomata di Helmerich (1) gr. 80; canfora rasa gr. 20. Al mattino seguente, fa un bagno caldo a cui aggiunge 100 gr. di fegato di zolfo, posto a disciogliere in un po' d'acqua calda, la sera avanti. In tal modo la cura è completa, senza provocare le noiose reazioni cutanee, facili ad osservarsi con le pelli delicate. È sottinteso che si debbono poi cambiare le biancherie personale, da letto, ecc.

In luogo della formola precedente che è del Du-Bois, il Cumston consiglia: ittiolo gr. 10; zolfo sublimato gr. 12; carbonato di potassio gr. 6; canfora rasa gr. 2; sugna gr. 60. Quando si possa è conveniente sostituire lo zolfo sublimato con il precipitato, che è più attivo.

r. s.

---

(1) La pomata di Helmerich (farmacopea francese) è fatta con: zolfo sublimato gr. 10; carbonato di potassio; acqua ana gr. 5; olio di semi di papavero gr. 35. — (*N. d. Redat.*).

DIAGNOSTICA.

Tabelle per diagnosi differenziale.

Varicella.	Vajuoloide.
Prevalentemente nell'infanzia.	Prevalentemente negli adulti.
Incubazione: lunga 15-17 giorni.	Incubazione più breve: 9-12 giorni.
Non premunisce dal vajuolo nè dagli effetti della vaccinazione: nè questa premunisce dalla varicella.	Può immunizzare dal vajuolo e dal vaccino, ma non dalla varicella: i due esantemi possono svolgersi contemporaneamente.
Periodo prodromico lieve e brevissimo.	Periodo prodromico più lungo ed intenso.
Eruzione: compare dopo appena 24 ore di febbre, non ha sede fissa, nè appare tutta in una volta. La febbre non cessa con l'eruzione, ma si ripete ad ogni nuovo attacco.	*Eruzione*: compare per lo più 2-3 giorni dopo l'inizio della febbre (in casi abortivi al 2° giorno), tutta insieme e non mai per attacchi. La febbre cessa appena l'eruzione è completa.
L'*esantema* non è mai uniforme: papule, bolle, vescicole essiccate si trovano contemporaneamente sullo stesso infermo.	Le efflorescenze si presentano tutte allo stesso stadio.

L'eruzione allo stadio di acme è bollosa.	Eruzione a forma pustolosa.
La evoluzione della bolla si compie in tre giorni.	L'efflorescenza della vajuoloide impiega ordinariamente 8-9 giorni.
Le bolle non hanno tutte la stessa grandezza; parecchie sono assai più grandi che quelle della vajuoloide, a forma irregolare, margini spesso sinuosi, alone chiaro. Anche se l'eruzione è poco tipica (adulti) presenta almeno una o due efflorescenze caratteristiche.	Efflorescenze generalmente uniformi, più rotonde e più piccole che nella varicella. Per l'addensamento del contenuto purulento delle singole efflorescenze, in nessuna si ha l'aspetto di vescicola cristallina, come nella varicella.
Manca sempre la febbre di suppurazione.	Può manifestarsi la febbre secondaria.

(U. Mariotti. *Riv. Ospedaliera*, 15 genn. 1919).

fil.

IGIENE.

I lazzaretti comunali.

Il dottor L. Zanetti (*Gazz. Osp. e Cliniche*, 23 marzo 1919) in un articolo inspirato a vero senso pratico, richiama l'attenzione sulla parodia dei lazzaretti, che, secondo le disposizioni vigenti, dovrebbero trovarsi in ogni Comune. Il concetto informatore teorico di tale massima è evidentemente quello di isolare al più presto in un locale adatto l'individuo affetto da malattia infettiva, e impedire che questa venga trasportata da un Comune all'altro.

Nella pratica, però, le cose vanno ben altrimenti; di fatto, salvo alcuni grandi Capoluoghi, i Comuni rurali hanno destinato come lazzaretto un locale qualsiasi, purchè abbastanza lontano dall'abitato; nell'ipotesi più favorevole, l'hanno arredato alla meglio. Ma quanto al farlo funzionare è tutt'altra cosa, soprattutto tenendo conto della saltuarietà del funzionamento stesso. Manca un personale d'assistenza non dico addestrato per il caso speciale delle malattie infettive, ma nemmeno per le mansioni del più umile infermiere, sicchè si è spesso costretti a chiudere nel così detto lazzaretto i familiari dell'infermo. Manca il personale di sorveglianza; il messo comunale od il cantoniere stradale, gli unici agenti che l'autorità comunale concede talvolta all'ufficiale sanitario, possono tutt'al più sorvegliare per poche ore e per pochi giorni; sicchè accade che in certi momenti della sera, il lazzaretto è il centro di conversazioni..... Manca ogni dispositivo per le disinfezioni e ad ogni modo, manca il personale che le sappia fare, sicchè vi è magari il pericolo che esso contribuisca a diffondere anzichè arrestare l'epidemia.

La dimostrazione più lampante dell'insufficienza e del pericolo che possono rappresentare questi così detti lazzaretti comunali è data dal fatto che gli stessi funzionari di sanità — emanazione del potere centrale da cui è partita la disposizione — trovatisi in zona di guerra a lottare seriamente contro le epidemie hanno ben tosto rinunziato ad esso, ricorrendo all'unico mezzo logico, di inviare cioè l'infermo col mezzo più rapido ad un ospedale di isolamento, in cui la continuità dei servizi, gli impianti sufficienti ed il personale adatto sono di per sè stessi garanzia per un buon funzionamento.

Sarebbe dunque conveniente ricorrere all'impianto di un ospedale d'isolamento, a cui concorresse un certo numero di Comuni (Lazzaretto circondariale). Si potrebbe così avere una istituzione convenientemente fornita di tutti i mezzi necessari, a funzionamento continuo, con adatti mezzi di disinfezione. Il trasporto degli infermi, fatto con lettighe automobili, sarebbe sufficientemente rapido e comodo. Senza contare che anche il lato finanziario — la corda più sensibile per i Comuni — ne verrebbe non poco avvantaggiato.

Lo spezzettamento delle energie ne porta necessariamente la dispersione: *viribus unitis* è il motto che anche in questa circostanza ci permetterà di ottenere i migliori risultati. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1077) *Reinfezioni luetiche.* — All'abbonato n. 10250:

La reinfezione nella sifilide è un evento assai raro, anche quando siano state pratiche intense cure con l'arsenobenzolo o i suoi derivati.

È vero che dall'epoca in cui questi medicamenti furono introdotti in terapia sono stati descritti casi di reinfezione in numero maggiore che non per l'avanti, il che, in ultima analisi, significherebbe che coi nuovi preparati si possa più facilmente raggiungere la guarigione completa della lue; ma su molti di questi casi è lecito avere dubbi assai gravi.

In ogni modo le iniezioni di arsenobenzoli non hanno alcun potere preventivo contro la sifilide.

V. MONTESANO.

(1078) *Vaccinazione antinfluenzale.* — Al dott. G. Mauro da San Mauro Castelverde:

I vaccini per prevenire o per curare le complicanze dell'influenza (essi non possono esser di-

retti contro la malattia poichè non se ne conosce l'agente morboso), hanno ancora troppo breve vita, perchè sia lecito dare un giudizio fondato sulla loro efficacia.

La tecnica di vaccinazione segue le norme generali a tutti i vaccini (iniezioni di dosi progressive, periodiche), ed è indicata in apposita istruzione per ciascuna preparazione particolare, di cui naturalmente è variabile il contenuto a seconda dell'istituto che li prepara.

t. p.

(1079) *Iniezioni endovenose di sublimato nelle infezioni tifose.* — Al dott. F. d'Ambrosio, Giove:

La letteratura sul valore del sublimato per iniezioni endovenose nelle malattie da infezione si può trovare in qualsiasi giornale di medecina dal 1904 in poi.

A proposito del suo uso nelle infezioni tifose può riscontrare:

T. Silvestri: « Gazz. degli ospedali », 1904, fascicolo 58;

Cecchini: « Policlinico », sez. pratica, 1905, fascicoli 26-27;

L. Rossi: « Riv. internaz. di Clin. e Terapia », ottobre 1909. *t. p.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

P. RAVAUT. *Syphilis - Paludisme - Amibiase. Traitement initial et cure de Blanchiment.* Masson. éd. 1918, collez. Horizon. Pr. Fr. 4.

Il nome di Ravaut è noto ai pratici perchè esso è legato ad una delle più utili semplificazioni nella tecnica delle iniezioni endovenose di novoarsenobenzolo; i pratici che vorranno leggere il nuovo opuscolo del Ravaut saranno grati all'A., che ha saputo in forma breve e chiara riunire tutte le nozioni più utili sulle indicazioni, sulla tecnica della cura nella sifilide, nella malaria, nella dissenteria amebica.

In queste tre malattie, nelle quali noi possediamo rimedi eroici, e che tuttavia costituiscono gravi problemi del dopo guerra, per tutte le nazioni, è necessario che i medici possiedano gli elementi necessari alla lotta.

Troppe voci sono sorte ad attenuare la fede nel mercurio, nel salvarsan, nella chinina, nell'emetina: uomini di fede come il Ravaut possono vincere una battaglia con la esposizione nitida dei problemi e dei risultati personalmente constatati, se il libretto, come è da prevedere, avrà larga diffusione.

t. p.

VARIA.

Il centenario dell'ascoltazione. — Il *Traité de l'ascultation médiate* di Laënnec, uno dei capisaldi della scienza medica, comparve nel 1819.

Laënnec Renato Teofilo Giacinto nacque nel 1781 a Quimper, nella Britannia Francese.

Come Bichat, Dupuytren, Récamier e altri medici eminenti della prima parte del secolo decimonono, egli dovette prestare servizio militare nell'esercito repubblicano, mentre era ancora studente.

Nel 1816 fu consultato da una vivace giovanetta cardiopatica. Non osando praticare l'ascoltazione diretta, egli avvolse un foglio di carta in forma cilindrica, e applicandone un'estremità sulla regione cardiaca e l'altra contro l'orecchio, fu sorpreso di udire i rumori cardiaci molto più netti e distinti di come non gli fosse mai accaduto prima. Non lasciò cadere la sua osservazione: per mezzo del suo cilindretto egli riuscì a scoprire molti segni, prima non conosciuti, delle malattie toraciche. Nel 1818 comunicò i risultati dei suoi studi all'Académie des Sciences, che ascoltò freddamente l'annunzio di quella scoperta fondamentale, « con rispetto ma senza entusiasmo ». Il suo libro, pubblicato l'anno seguente, fu accolto con diffidenza e lo stetoscopio venne volto in ridicolo come un giocattolo. C. I. B. Williams, il principale pioniere del metodo Laënnec in Inghilterra, dice che la scoperta non cadde nell'oblio solo in virtù delle ammirevoli descrizioni di malattie, contenute nel *Traité de l'ascultation médiate.*

Nel 1823 Laënnec fu nominato professore di medicina interna alla Facoltà medica di Parigi; era anche medico alla *Charité,* ove gli studenti affluivano da tutte le parti d'Europa.

Al letto del malato parlava sempre in latino, per essere compreso dagli studenti stranieri.

Aveva un fisico meschino.

Sebbene fosse medico della duchessa de Berri, non era popolare nei circoli di corte, ove si parlava di lui come di *ce petit sec,* quel piccolo uomo secco. Non riuscì mai a guadagnare più di 25,000 franchi all'anno.

Tra i colleghi sollevò aspre critiche. Antonio Portal, uno dei medici più in voga, il quale dissentì da lui nei riguardi dell'ultima malattia di madame de Staël, lasciò un giudizio amaro sui metodi curativi e sulla scoperta di Laënnec.

Questi morì a 45 anni di tubercolosi, cioè della malattia che egli aveva tanto contribuito ad elucidare — un destino che è stato comune a molti medici.

(Dal *British med. Journ.,* 29 marzo 1919).

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

I medici condotti dell'Italia Meridionale.

Il 26 aprile, nella sede dell'Ordine dei sanitari di Napoli, si sono riuniti in Congresso i Medici condotti dell'Italia meridionale.

Il numero degli intervenuti è stato grandissimo. Erano rappresentati l'Ordine di Benevento dal prof. comm. G. Pascale; l'Ordine di Avellino per delegazione dal prof. comm. Pirera; l'Ordine di Caserta dal dott Petromila; l'Ordine di Campobasso dal dott. de Francesco; la Sezione dei M. C. di Campobasso dal dott. Battista; la Sezione dei M. C. d'Ischia dal prof. Razzano; la Sezione dei M. C. di Napoli dal prof. Praticelli; l'Ordine di Napoli dai suoi consiglieri dott. cav. Ferdinando Guidone e dott. Saverio Licastro; ecc.

Dopo una discussione alla quale parteciparono il prof. Patricelli, presidente, il dott. Petrelluzzi di Meta, il dott. Resciniti di Roscigno, il prof. Capasso e il prof. Pirera di Napoli, il dott. Taliercio, ecc., il prof. Razzano, da Ischia, presentò ed illustrò un ordine del giorno così concepito, che venne approvato:

« Il Congresso dei M. C. dell'Italia Meridionale si dichiara costituito in Comitato di azione, del quale fanno parte tutti gli intervenuti e gli aderenti, per promuovere ed effettuare la costituzione delle Associazioni Regionali, da riunirsi in Federazione in dipendenza della Federazione Nazionale ».

Si nominò una Commissione per promuovere l'immediata attuazione dei seguenti desiderata di classe:

1. abolizione della condotta piena, di diritto e di fatto;

2. stipendio minimo iniziale di L. 6000, somma appena sufficiente ai più modesti bisogni di qualsiasi lavoratore;

3. modifiche alla legge ed alla relativa tabella organica per la Cassa Pensione dei Medici Condotti;

4. diritto al M. C. di usufruire liberamente e gratuitamente dei pubblici mezzi di trasporto disponibili nella propria zona e riduzione delle tariffe ferroviarie;

5. diritto del M. C. di seguire i corsi di studio che egli ritenga necessari per la propria cultura ed attività professionale, con una congrua indennità.

Altri desiderata il Congresso delegò alla Commissione, per gli ulteriori studi e le relative proposte.

I medici condotti della Lombardia.

Le Sezioni Lombarde dell'Associazione Nazionale M. C., unite in Federazione, tennero a Milano una riunione alla quale intervennero come rappresentanti del Veneto e dell'Emilia il dott. Secchieri di Lendinara e il dott. Tonello di Parma.

L'adunanza, presieduta dal dott. Martinelli, presidente della Sezione Valtellinese, dopo agitata ed esauriente discussione si accordò su un ordine del giorno in cui si afferma:

a) l'abolizione assoluta della condotta piena, da trasformarsi in residenziale;

b) un minimo di stipendio per residenza in lire 6500, con un tanto pel servizio ai poveri da applicarsi secondo i criteri da adottarsi nelle singole Sezioni, ma in ragione inversa del numero dei poveri stessi;

c) la necessità di altre modificazioni da apportarsi ai Capitolati, secondo le proposte che verranno concretate dal presidente della Federazione.

Il Convegno ha elevato protesta contro la prossima applicazione della legge sugli infortuni agricoli; protesta che il presidente ha trasmesso al Ministero col seguente telegramma:

« Il Congresso delle Sezioni Lombardo-Venete dell'A. N. M. C., di fronte alle esorbitanze accumulate a danno dei medici condotti nella Legge sugli infortuni agricoli, protesta vivamente contro gli iniqui gravami e dichiara di non cessare dall'agitazione se non ad equità ristabilita ».

L'Ordine dei Medici della provincia di Roma.

I medici di Roma, nella seduta dell'Ordine del 26 aprile, continuarono la discussione del memoriale sulle rivendicazioni di classe.

In merito ai rapporti morali e materiali che i medici dell'Ordine devono avere con le società di Mutuo Soccorso, si stabilì che il compenso per i medici non debba mai essere inferiore a L. 5 annue per ogni socio e che un medico non debba assistere in una o più Società più di mille soci. In tal modo si è inteso impedire lo sfruttamento che molte Società di M. S. fanno dell'opera del medico, e creare la possibilità che altri medici possano prestare per questa assistenza l'opera loro.

Si accennò poi all'altra grave questione della pensione che lo Stato dovrebbe assicurare ai medici nella vecchiaia. Per questa assicurazione dovrebbero concorrere i medici, lo Stato e i Comuni. Il fatto che il medico non è direttamente al ser-

vizio dello Stato non impedisce che questo debba partecipare alla costituzione del fondo pensione perchè l'opera del medico libero riesce spesso di sussidio e di completamento a quella del personale medico di carriera dello Stato e sarebbe il riconoscimento dell'opera sociale che il medico compie per il benessere della collettività.

Dell'argomento si discuterà nel prosismo congresso della Federazione degli Ordini.

I medici del Trentino.

Un Comitato di medici convocò, a Trento, una adunanza generale alla quale intervennero oltre 50 medici trentini. Dalla stessa furono prese varie risoluzioni, e un memoriale contenente i postulati dei medici trentini fu presentato il 12 aprile al Commissariato civile di Trento.

I postulati sono: sollecita istituzione dell'Ordine dei medici del Trentino; pagamento dei salari in lire, nella cifra di prima, più il 30 per cento quale aumento per il caro viveri; le visite portate ad un minimo di lire 2 fino ad un massimo di lire 6; per le condotte in parte o del tutto devastate o altamente danneggiate dalla guerra, una diaria provvisoria variante dalle 20 alle 30 lire.

Fascio dei medici smobilitati della prov. di Torino.

È sato formulato il seguente voto circa il congedo dei colleghi ancora sotto le armi:

Il « Fascio dei medici smobilitati della Provincia di Torino » che nell'interesse della classe segue con attenzione ogni atto del Ministero della Guerra riguardante il congedo dei colleghi, visto il comunicato Ministeriale comparso in data 15 aprile che promette il prossimo congedamento dei medici delle classi 1881-84, ha attentamente esaminato i dati contenuti; e poichè può da questi apparire che siano prive, o quasi, di fondamento le lagnanze replicatamente espresse dalla classe sanitaria circa la ritardata smobilitazione dei medici, il Consiglio del Fascio crede opportuno far osservare come dette cifre si prestino ad erronee interpretazioni.

Dai 6771 ufficiali medici inviati finora in congedo bisogna detrarre: 1) circa 3000 aspiranti, cioè studenti in medicina; 2) i congedati delle classi dal '70 all'80 (notando che di tutti i cittadini, solo i medici furono richiamati dal '70 al '74); 3) i medici addetti all'insegnamento universitario.

È facile rilevare come le vantate « esonerazioni largamente concesse alle pubbliche Amministrazioni..... » si riducano a ben poco, e troppo esiguo sia il numero dei medici restituiti al loro esercizio professionale.

Considerando quindi:

1) che esiste attualmente una vera pletora di ufficiali medici in zona d'armistizio, e che parte dei servizi da loro disimpegnati potrebbe, con vantaggio dell'erario, essere affidato ai medici civili residenti nelle località;

2) che il servizio nei troppo numerosi Ospedali, Uffici d'ispezione, ecc., in zona territoriale viene quasi esclusivamente disimpegnato da ufficiali medici in servizio attivo permanente e da ufficiali delle categorie in congedo, trattenuti a loro richiesta, i quali, per essere di classe anziana, non si mossero mai dalle loro sedi di residenza e poterono attendere con maggior vantaggio al loro esercizio professionale;

3) che l'affermata difficoltà di smobilitazione per essere i più giovani ufficiali medici del 1893, mentre gli altri ufficiali arrivano fino al '900, non ha fondamento, in quanto è noto che in ogni reggimento, cessate le azioni belliche, su ottanta ufficiali dell'arma, sono sufficienti pel servizio sanitario due o al massimo tre ufficiali medici;

il Consiglio del Fascio tra i medici smobilitati di Torino fa suoi i voti espressi da numerosi colleghi di ogni regione d'Italia, ed insiste perchè vengano immediatamente attuati i seguenti provvedimenti:

1) Congedo dei medici fino all'84 con facoltà di rimanere, dietro domanda;

2) Avvicinamento alle loro sedi di residenza ordinaria dei medici che se ne trovano lontani fin dal principio della guerra.

La Direzione del Fascio dei medici smobilitati della Provincia di Torino sarebbe lieta di vedere che anche i Sodalizi analoghi sorti nelle altre Provincie appoggiassero le richieste dei colleghi piemontesi e si augura di poter entrare in relazione con loro per un'eventuale azione comune nella difesa degli interessi dei medici reduci dalla guerra.

Il Fascio dei medici smobilitati della Provincia di Torino, presieduto dal dott. Carlo Angela, ha sede in Torino, via dei Mille, 16.

I medici stranieri in Italia.

Alle sollecitazioni dell'Ordine dei Medici di Porto Maurizio per disciplinare l'autorizzazione all'esercizio professionale dei medici stranieri il Ministro Berenini ha così risposto:

« Non sfugge a questo Ministero l'importanza della quistione prospettata; da parte sua, non ritiene che sia il caso di abrogare nè di modificare l'art. 96 del Testo Unico delle leggi sull'istruzione superiore, il quale articolo, che riproduce l'art. 62 della legge Casati, è ispirato a principî liberali, che sin dall'inizio dell'unità nazionale furono accolti negli ordinamenti relativi agli studenti provenienti da paesi stranieri.

« Invece circa l'ammissione degli stranieri all'esercizio professionale della medicina e chirurgia in Italia, essendo tale cosa di competenza del Ministero dell'Interno, non si è mancato di far presente al detto Dicastero i voti espressi da codesto On. Ordine per gli eventuali provvedimenti, che saranno creduti più opportuni ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7751). *Cura ed assistenza sanitaria a profughi di guerra.* — Dottor L. R. da M. di T. — Per la cura ed assistenza sanitaria a profughi di guerra non compete alcun speciale compenso al medico condotto. I Prefetti, però, possono non periodicamente, ma di tanto in tanto concedere una gratificazione proporzionata alla entità del maggior lavoro che il sanitario sia stato eventualmente obbligato a sostenere per tale prestazione. Ciò venne stabilito dall'alto commissariato con circolare del 10 gennaio 1918. Il diploma di laurea non si rinnova per duplicato. Può ottenere un certificato dalla Segreteria Universitaria.

(7752) *Contributo monte pensioni - Pagamento.* — Dottor M. M. da V. del G. — Il contributo alla Cassa di previdenza è personale. Esso deve essere corrisposto da chi è effettivamente inscritto alla Cassa e non da colui, che durante il servizio militare, lo abbia sostituito, nelle funzioni di ufficiale sanitario, sia pur riscuotendo l'intero ammontare dello assegno stabilito in bilancio per tale servizio.

(7753) *Ufficiale sanitario - Libero esercente.* — Dott. E. F. da T. — Quando in un Comune esistono più medici l'incarico di ufficiale sanitario spetta al libero esercente e non al medico condotto, giusta quanto dispone l'art. 18 della vigente legge sanitaria. Nulla osta che il medico libero esercente risieda in una frazione del Comune, non facendo la legge obbligo assoluto di risiedere nel capoluogo. In caso di diverso provvedimento si può ricorrere al sig. Prefetto della provincia per ottenere l'esatta osservanza della legge.

(7754) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. C. M. da C. — Poichè quando ella fu chiamata sotto le armi era ancora interino non le competono i due mesi di stipendio stabiliti per i titolari delle condotte chiamati sotto le armi. Si osserva poi che ella ottenne l'esonero per prestar servizio nel proprio Comune quando già erano cessate le ostilità.

(7755) *Ricorso alla Corte dei Conti - Interinato - Periodo di prova.* — Dott. F. O. da C. — Il ricorso alla Corte dei Conti contro la liquidazione della pensione deve essere steso su carta bollata di lire 2. Non è necessario eleggere domicilio a Roma. Il periodo di interinato passato prima della nomina definitiva a medico condotto conseguita a seguito di concorso, è computato nel biennio di prova necessario per lo acquisto della stabilità.

(7756) *Ufficiale sanitario - Procedimento penale - Stipendio.* — Dott. G. G. da P. — Essendo stato assoluto dalla imputazione ascrittale per inesistenza di reato ha diritto ad ottenere gli stipendi che le furono trattenuti durante la sospensione. E poichè trattasi di un credito che ella vanta verso l'Amministrazione municipale, il tempo occorrente per la prescrizione è di trenta anni. La decorrenza dell'aumento di stipendio che ella ha ottenuto dal Comune è quella fissata nel relativo atto deliberativo del Consiglio comunale, non potendo la G. P. A. apportarvi di ufficio modificazioni di sorta.

(7757) *Concorsi per posti di medico condotto.* — Dott. G. M. da M. — L'articolo 3° del D. L. del 31 agosto 1915, n. 1420, sospende i concorsi per l'intera durata dello stato di guerra. Poichè lo stato di guerra non termina che con la pubblicazione del trattato di pace, è evidente che fino a che ciò non avvenga non si potranno bandire concorsi.

(7758) *Aumento di stipendio - Indennità caroviveri.* — Dott. P. F. da S. — L'aumento di stipendio non si può ottenere se non sia stato deliberato dal Consiglio Comunale e debitamente approvato dalla autorità tutoria competente. Nel caso che ciò sia avvenuto, la maggiore somma è esigibile dalla data fissata nella relativa deliberazione consiliare. Se ella occupa nel Comune un posto di medico condotto previsto nella pianta organica e privo di titolare, può ottenere l'indennità caro-viveri, non per la cavalcatura, ma per lo stipendio che ella percepisce e per le sue speciali condizioni di famiglia. Il D. L. del 9 marzo ultimo, n. 338 dispone, infatti, che il medico condotto ammogliato deve ricevere dal 1° gennaio 1919 l'indennità di lire 100 mensili, e se celibe quella di lire 65, oltre cent. 85 per ogni figlio minore convivente ed a carico, oltre i primi tre. L'ammontare di tali indennità non può in complesso superare quello dello stipendio di cui l'impiegato è provveduto.

(7759) *Pensioni.* — Dott. abbonato 3280. — Con 25 anni di servizio e 57 di età liquiderà l'annua pensione di lire 989. Il servizio prestato come ufficiale sanitario dal 1° gennaio 1893 al 31 ottobre 1894 è valutabile in quanto che, pur percependo assegno inferiore alle lire 300 annue, la iscrizione alla Cassa era facoltativa e, quindi, compresa nella favorevole disposizione contenuta nell'art. 36 del testo unico della legge. In tal caso liquiderà l'annua pensione di lire 1225.

(7761) *Colonia Eritrea - Pensioni.* — Dott. L. M. da A. — Le insistenze per ottenere che con legge speciale ai medici della Colonia sia estesa la legge sulle pensioni dei medici condotti vi-

gente nel Regno, debbono essere fatte al Governatore locale od al Ministero degli affari esteri. Ella non avrebbe ragione di fare un giudizio, perchè non ha diritto da far valere nè sarebbero, crediamo, proficue le iniziative che potrebbero prendere all'uopo i Consigli dell'Ordine, che non sarebbero competenti perchè aventi giurisdizionale territoriale.

(7763) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. A. S. da P. M. — Non le competono i due mesi di stipendio nè la prima nè la seconda volta, che è andato sotto le armi. Non la prima perchè era in quell'epoca interino e non titolare, non la seconda perchè ritornava sotto le armi perchè scaduto l'esonero, quando, cioè, era già militare.

(7764) *Pensioni - Indennità di ufficiale sanitario.* — Dott. N. D. M. da B. C. — Per ottenere la reinscrizione come ufficiale sanitario alla Cassa Pensioni, deve fare domanda all'Ufficio Provinciale di Sanità. Per ottenere un aumento di assegno per la carica di ufficiale sanitario che riveste, deve rivolgersi alla G. P. A. a' sensi dell'art. 23 della legge combinato col successivo articolo 26.

(7765). *Aumento di stipendio.* — Dott. M. B. da C. Le otto lire al giorno che Ella riceve per la condotta interinale, che temporaneamente esercita per la morte del collega, rappresentano una indennità e non stipendio. Su di esse, pertanto, non si può chiedere l'aumento imposto dal D. L. del 9 marzo ultimo, di cui Ella già gode per la condotta di cui è titolare. Nessuno aumento è previsto in detto decreto per la indennità dovuta per mancato godimento della licenza annuale, nè per la spesa della cavalcatura, nè per il compenso dello ufficiale sanitario, quando tale carica è disimpegnata dal medesimo medico condotto.

(7766). *Aumento di stipendio.* — Dott. F. D. L. da B. Riprendendo servizio nel Comune, ove è titolare della condotta, ha diritto a percepire la indennità caro-viveri, stabilita dal D. L. del 9 marzo ultimo, n. 338, in lire 65 mensili, come celibe, a decorrere dal 1 gennaio 1919. Se fu dal Consiglio comunale deliberato e dalle competenti autorità approvato l'aumento di cui al D. L. del 10 febbraio 1918, può anche richiederlo. Non si può predentere l'aumento sessennale se esso non è previsto nel capitolato o nel regolamento generale di tutti gli impiegati municipali. Gli anni di servizio militare sono computati agli effetti del sessennio. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 8455: Non sisulta che possa esser concesso un esonero per ragioni personali ad un ufficiale medico di classe 1891. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

PARIGI. *Società nazionale di Chirurgia.* — La Società offre la somma di 50,000 fr. come premio all'autore di un apparecchio che più risponda allo scopo per la protesi della mano perduta. Autori e costruttori di apparecchi possono rivolgersi per schiarimenti al segretario generale della Società (rue de la Seine 12, Parigi).

SCANSANO (Grosseto). *Congregazione di Carità.* — Concorso a Direttore-Chirurgo interino del Civico Ospedale. Il tempo utile per la presentazione delle domande è stato prorogato dal 10 al 20 maggio.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Cavalieri: prof. Ortali Cesare, Roma; dottor Bacci Cesare, Pescia; dott. De Marco Eugenio, Pedivigliano (Cosenza).

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Lucherini Tommaso, da Tivoli (Roma), sottotenente medico di complemento, 29° reggimento fanteria:

« Benchè febbricitante e gravemente colpito dall'azione venefica dei gas, rimase presso il posto di medicazione cui era addetto, ed ivi, sotto il persistente tiro nemico, prestò valida opera di soccorso ai numerosi sofferenti, riportando, dalla lunga fatica, gravi conseguenze per la sua salute. Groviglio, 29 giugno 1916 ».

CROCE DI GUERRA.

Aspirante medico Giulio Cesare Antognoli, 8° fanteria, Brigata Cuneo; dott. Compagnucci Ruggero, Montecassiano (Macerata); dott. Bacci Cesare, Pescia; dott. De Marco Eugenio, Pedivigliano (Cosenza).

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Nelle epiche giornate del giugno, alla conquista di Val Bella, cadeva eroicamente il tenente del 10° fanteria (brigata Regina) GIUSEPPE TALLARICO, studente del 5° anno di medicina nell'Istituto di studi superiori di Firenze.

Il giovane caduto era decorato di medaglia al valore, e alla sua memoria è stata decretata una nuova onorificenza, oltre la croce al merito di guerra.

Benchè il Tallarico, nella sua qualità di studente di medicina, potesse passare nel Corpo sanitario, tuttavia mai volle abbandonare il suo reggimento e l'arma combattente che aveva volontariamente prescelta, con alto spirito di patriottismo.

Il giovine eroe era figlioccio del generale medico comm. Tallarico, direttore di Sanità militare. P.

Il dott. Ulisse Rosi, capitano medico, da Civitanova (Marche), volontario di guerra, ha perduto il figlio Giuseppe, sottotenente degli Alpini, diciannovenne, proposto per ricompensa al valor militare, colpito dalla mano di un fratello d'arme al quale aveva dato ospitalità. S.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Per un Ministero della Sanità pubblica.

Il Governo inglese ha presentato un progetto di legge per la istituzione di un Ministero della Sanità, alla Camera dei Comuni, che lo ha approvato in terza lettura.

Da una interessante intervista concessa dall'on. Sanarelli alla *Tribuna* rileviamo una serie di elementi concreti relativi al nuovo organismo politico.

Nella relazione che precede il disegno di legge è detto che trattasi di un primo avviamento alla legislazione necessaria per rendere possibili progressi nella tutela della salute del popolo. La stampa medica britannica è unanime nel riconoscere l'opportunità del « Ministero nazionale della Salute », destinato a creare una responsabilità politica diretta, in materia igienico-sanitaria, e a coordinare i problemi igienico-sanitari con le altre necessità nazionali, provvedendo ad una migliore istruzione dei medici nel campo dell'igiene preventiva, ad una maggiore educazione del pubblico mercè la propaganda, ad una più efficace assistenza sanitaria, ecc. In Inghilterra si è sentito il bisogno di sottrarre una materia così delicata, come è quella del benessere fisico della popolazione, cui si rannodano tutti i servizi di assistenza e di beneficenza pubblica, al regime dell'abituale incompetenza tecnica dei Ministri responsabili. Si è voluto elevare a dignità politica la tutela igienica e l'assistenza sanitaria, riconoscendo in esse una funzione fondamentale dello Stato moderno, da cui dipendono l'esistenza stessa, il benessere, la produttività e l'efficienza sociale di tutti i cittadini che compongono la collettività nazionale.

Per ora il Ministero avrebbe il compito di amalgamare i vari *Departments* o direzioni del *Local Government Board,* una specie di Ministero dell'Interno, con i servizi sanitari più importanti sparsi in altri dicasteri e con le Commissioni per le assicurazioni di Stato. Il suo compito principale dovrebbe essere quello di provvedere, nel più largo senso, alla cura e alla profilassi delle malattie sociali, cominciando dalla tubercolosi, con lo studio e l'attuazione di progetti di sventramento, di risanamento, di costruzione di abitazioni popolari, di case rurali igieniche, ecc. Passerebbero sotto la sua giurisdizione tutti gli istituti ospitalieri, il servizio di statistica sanitaria, quello delle informazioni sanitarie dello interno e dell'estero, tutti gli uffici e laboratori municipali di igiene, l'insegnamento medico post-universitario, le Accademie mediche, i servizi sanitari del Ministero delle Pensioni, delle Assicurazioni statali, del Ministero della P. I., ecc.

Insomma il nuovo dicastero della Sanità assumerebbe, in Inghilterra, una portata straordinaria; ma dovrebbe svilupparsi ed integrarsi a poco a poco, esaminando di volta in volta, e a fondo, tutte le questioni relative alla salute nazionale, evitando il pericolo che le discussioni siano turbate dalle rivendicazioni e dai conflitti delle autorità rivali interessate.

***

In Italia la questione è tuttora in discussione. Alcuni sostengono che in Italia, più che in altri Stati, la istituzione di un Ministero della Sanità è indispensabile, in considerazione delle particolari condizioni igienico-sanitarie; altri l'avversano, ritenendo che le pastoie politico-burocratiche potrebbero inceppare il movimento di legislazione sanitaria che sotto certi punti di vista trovasi all'avanguardia.

L'on. Sanarelli ritiene che in Italia la riforma sarebbe prematura. Egli rileva che, sottraendo i servizi sanitari al Ministero dell'interno, perderebbero molta parte della loro efficienza; propone perciò, almeno temporaneamente, una soluzione transizionale: la costituzione di un Sottosegretariato di sanità, alla dipendenza del Ministero dell'interno.

***

Tra i fautori della nuova istituzione è invece l'on. Pietravalle, che al riguardo ha pubblicato, sulla *Nuova Antologia,* un lungo articolo.

Il prof. Pietravalle ritiene che la nostra legislazione sanitaria, che è fra le più progredite, è uscita dal periodo quasi classico, nel quale, seguendo da vicino le grandi scoperte dell'igiene bacteriologica, ne codificò i postulati scientifici per combattere le cause di talune funeste malattie infettive. E larga, consolatrice messe di frutti si raccolsero, compiendo il miracolo di abbassare la mortalità generale dal 28 a circa il 19 ‰! Ma di tali trionfi non poteva tenersi paga la scienza e l'amministrazione della sanità pubblica in Italia, ove la malaria, la nostra grande sventura, e la pellagra, la grande vergogna nostra, hanno dettato le prime e vere leggi sanitarie sociali, le quali però richiedono d'essere applicate con unità di sforzi e sufficienza di mezzi tecnici e finanziari, per colorire la radiosa speranza della redenzione fisica del proletariato agricolo di talune doviziose zone italiche e della colonizzazione di quelle dalle quali l'uomo è fuggito sui monti od inurbandosi, ed i lavoratori ritornano avvelenati a morte, o disfatti, per inasprire la miseria delle loro famiglie e gravare sull'assistenza e beneficenza pubblica.

Ma il campo d'azione, di combattimento, della

medicina di Stato si allarga ogni giorno dinanzi allo sguardo del legislatore ed ai doveri dell'amministratore della cosa pubblica. La medicina pubblica spazia in nuovi e sempre più luminosi orizzonti, non solo con le sue ricerche ed il suo apostolato contro certe malattie che appelliamo sociali, delle quali tipica è la tubercolosi, ma agitando le sue proteste e le sue speranze per proteggere le sorgenti vitali della razza e la puerizia che n'è la primavera eterna, per salvare l'integrità fisica dei lavoratori e confortare dovunque le sofferenze del travaglio umano. L'eugenetica, la puericoltura, nelle sue molteplici forme, la difesa della salute del fanciullo e dell'adolescente in qualsiasi ambiente si trovi, e tutta l'igiene e tutta la fisiopatologia del lavoro, s'impongono e reclamano dal legislatore e dall'uomo di Stato sanzioni ed opere per l'integrità e lo sviluppo progressivo del bilancio vitale della nazione, per la difesa della vita e della forza delle classi lavoratrici, ch'è quanto dire per l'accrescimento della ricchezza e per l'elevazione della potenza economica e morale del paese. Orbene, di fronte ai nuovi più alti e più promettenti compiti della medicina politica, l'Italia è appena alle sue prime armi; è iniziale la sua legislazione sanitaria del lavoro, e più l'esecuzione di essa con sufficienti e ben coordinati congegni tecnici ed amministrativi; è rudimentale la vera protezione della maternità, della infanzia decimata dalla morte, della fanciullezza abbandonata ad ogni deterioramento fisico; tutta la più moderna igiene sociale non ha ottenuto che faticosi riconoscimenti e provvidenze abbozzate per la protezione della salute individuale e collettiva nei suoi complessi ed intimi rapporti con l'alimentazione, con l'alloggio, con la fatica, con la povertà, con i trasporti terrestri e marittimi, con i pubblici servizi, con l'educazione e l'istruzione, ecc.

Sono tutti, in Italia, nuovi ed imperiosi problemi, i quali sovrastano gli antichi ed i loro vecchi quadri di ordinaria amministrazione nei quali trovansi tuttora costretti; sono problemi che richiedono, « viribus unitis », d'essere coordinati in un solo e robusto organo centrale della funzione dello Stato, con propri gangli e proprie diramazioni periferiche in ogni angolo del suo organismo.

Il prof. Pietravalle sostiene che per provvedere alle necessità igienico-sanitarie del paese sarebbe utilissimo riunire e coordinare, in un solo organo amministrativo e politico, le funzioni sanitarie e igieniche disseminate fra le varie Amministrazioni centrali, funzioni che reclamano sinergia di propulsione, perchè possano non esaurirsi in sforzi disordinati, ed invece svilupparsi armonicamente con i crescenti doveri ai quali lo Stato è chiamato per la difesa delle più preziose sorgenti della sua ricchezza, della sua potenza, della sua felicità.

Abbozzando le grandi linee di un Ministero della sanità ed assistenza pubblica in Italia, il Pietravalle crede che dovrebbe imperniarsi, per ora, su quattro grandi direzioni generali, e cioè:

I. — Direzione generale dei Servizi sanitari, con quattro Divisioni:

1ª) Servizio medico, chirurgico, ostetrico, farmaceutico. Medici provinciali. Ufficiali sanitari.

2ª) Servizio veterinario;

3ª) Profilassi generale delle malattie infettive;

4ª) Profilassi speciale della malaria, della tubercolosi, della pellagra, della sifilide, del tracoma, dei morbi esotici, ecc.

II. — Direzione generale dell'Igiene sociale, con quattro Divisioni:

1ª) Igiene (generale) delle agglomerazioni urbane e rurali (compresi i cimiteri, i mercati, i bagni pubblici, ecc.);

2ª) Igiene (generale) del suolo (compresi i macelli), e delle acque (potabili, minerali, termali, ecc.). — Igiene generale dell'alimentazione pubblica;

3ª) Igiene (speciale) industriale (industrie insalubri, malattie del lavoro, infortuni, case operaie, ecc.);

4ª) Igiene (speciale) dei trasporti (portuaria, emigratoria, ferroviaria), dei servizi pubblici (compresa la carceraria, ecc.). — Igiene coloniale.

III. — Direzione generale della Sanità militare, dell'esercito e dell'armata (compreso il controllo sulla Croce Rossa in servizio pagato o sussidiato dallo Stato).

IV. — Direzione generale dell'Assistenza sociale, in quattro Divisioni:

1ª) Assistenza all'infanzia (eugenica): maternità, brefotrofi, infanzia abbandonata ed asili, ecc.;

2ª) Assistenza all'adolescenza (igiene scolastica, educazione fisica, colonie climatiche, ecc.). Opera nazionale per la protezione degli orfani della guerra;

3ª) Assistenza agli infermi ed invalidi (ospedali ed asili, sanatori, manicomi, ciechi, sordomuti, vigilanza sulle case di salute, ecc.);

4ª) Opera nazionale per la protezione degli invalidi della guerra.

V. — Consiglio Superiore della Sanità ed Assistenza pubblica (da sezionarsi in Giunte superiori speciali), e sua Segreteria.

Ispettorato generale e Laboratori centrali della Sanità pubblica e sua Segreteria.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso interalleato pro mutilati di guerra.

Ad iniziativa della Delegazione italiana del Comitato interalleato per l'assistenza agli invalidi di guerra, era stata indetta a Roma, per il maggio corrente, una Conferenza, con relativa Esposizione, su quanto è stato fatto per gli invalidi di guerra; ma si è dovuto rimandare la convocazione ad epoca da destinarsi.

Il Governo ha concesso il Palazzo dell'Esposizione in via Nazionale come sede dell'Esposizione e il Ministro del Tesoro ha stanziato un fondo di lire 75,000 da elevarsi a 150,000.

Il Comitato organizzatore, adunatosi il 2 aprile a Roma, ha stabilito che i lavori verranno ripartiti come segue:

I. *Mutilati.* — Protesi e plastica cinematica (relatore Vanghetti); Assistenza agli storpi osteo-articolari (relatori Donati e Nicoletti); Rieducazione fisica e funzionale (relatore Gualdi).

II. *Ciechi.* — Relatori professoressa Mondolfo e prof. Romagnoli.

III. *Invalidi per lesioni del sistema nervoso.* — Assistenza organici (relatore Medea); Assistenza funzionali (relatore Boschi).

IV. *Lesioni bucco-mascellari* (relatori Perna e Maggione); Sordi di guerra (relatore Ferreri).

V. *Invalidi per malattie interne - Assistenza ai tubercolosi* (relatori Sclavo, Morelli e Ronzoni).

Sezioni riunite. — Legislazione internazionale (relatori Laghezza e Mondolfo); Assistenza materiale ed economica (relatore Dall'Ara); Assistenza agli ultra invalidi.

Si è stabilito inoltre che il materiale da esporsi sia composto solo di oggetti di protesi e non del prodotto del lavoro degli invalidi.

***

Il Comitato ordinatore era stato presieduto dal prof. Burci. Questi si è dimesso, dopo di che il Consiglio dei ministri ha chiamato a sostituirlo il prof. Galeazzi; ma il Comitato ha espresso il voto, nell'adunanza di cui sopra, che non venga a mancargli la cooperazione del Burci, il quale in esso può trovare degno posto come presidente della Delegazione italiana al Comitato interalleato.

Riunione del Comitato Centrale della Croce Rossa.

Ha avuto luogo la riunione del Comitato Cenrale della Croce Rossa Italiana.

Presiedeva l'on. sen. Frascara.

Erano presenti molti presidenti dei Comitati regionali venuti appositamente a Roma.

L'on. presidente generale ha commemorato, con elevate parole, il compianto conte Gian Giacomo Della Somaglia.

In merito al programma pel dopo guerra fu approvato il seguente ordine del giorno:

« Il Comitato Centrale ritenendo molto opportuno l'invito della Presidenza a discutere intorno alla convocazione delle assemblee dei Comitati e dell'assemblea generale;

ritenendo necessaria la riforma dello Statuto e del regolamento, dà incarico alla Presidenza di nominare una Commissione per lo studio della riforma stessa;

invita i Comitati ad aggiornare le contabilità e gli elenchi dei soci paganti per trovarsi pronti alla convocazione delle assemblee;

delibera che le assemblee dei Comitati e l'assemblea generale siano convocate non oltre sei mesi dopo la conclusione della pace ».

Prima di sciogliere la seduta, su proposta dell'on. presidente generale, è stato approvato per acclamazione l'invio di un telegramma di gratitudine e di ammirazione al Re.

Convegno di medici scolastici.

I medici scolastici sono convocati a congresso dalla Associazione italiana per l'igiene della scuola il 23 maggio, presso l'Ordine dei Medici di Roma.

Consiglio superiore della Cassa Nazionale Infortuni.

Si è adunato il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni, sotto la presidenza del sen. Ferrero di Cambiano.

Il Consiglio Superiore ha preso cognizione dei primi risultati di gestione accertati dell'intero anno 1918 in confronto al precedente esercizio e di quelli del primo trimeste del corrente anno in rapporto a quelli dell'uguale periodo del 1918. Il giudizio che ne risulta non differisce dai precedenti poichè l'andamento dell'Istituto risponde alla piena soddisfazione e alla fiducia degli operai, degli industriali e del Governo; e tutto lascia prevedere che anche l'esercizio delle assicurazioni agricole, il quale ha avuto inizio dal 1° maggio, ed a cui la Cassa si è adeguatamente preparata, confermerà le sue ottime qualità di funzionamento e la fiducia accordatale dal legislatore demandandole in modo preminente la gestione delle assicurazioni stesse.

Il presidente ha riferito dell'azione che la Cassa sta svolgendo nelle terre redente, giusta ordinanza del Comando Supremo in data 23 dicembre s. a., che l'ha autorizzata in regime di esclusività ad operare per le assicurazioni infortuni obbligatorie nel Trentino e nell'Alto Adige e ad assumere le assicurazioni facoltative in tutto il territorio della zona di armistizio. All'uopo sono stati istituiti un Compartimento con sede in Trento e una Delegazione presso il locale Istituto Infortuni di Trieste. Un ufficio speciale funziona anche in Fiume per le assicurazioni marittime.

Il Consiglio si è infine intrattenuto su argomenti interessanti l'assicurazione della gente di mare e la liquidazione delle indennità dovute dallo Stato ad operai borghesi addetti ad opere e servizi militari in zona di guerra.

Propaganda igienica nelle scuole di Roma.

Allo scopo di iniziare nelle scuole una proficua propaganda sulle norme elementari d'igiene che debbono servire di guida alla pulizia della persona, della casa ed alla difesa contro le malattie infettive e diffusive, specialmente la tubercolosi e la malaria, l'Ufficio d'Igiene di Roma, d'accordo con la Direzione Didattica Centrale, ha concretato un complesso programma che mira ad una più intensa ed effettiva educazione igienica delle scolaresche con mezzi didattici dimostrativi.

Il 24 aprile u. s. vennero a tal fine convocati nella scuola « F. Venezian » i medici-scolastici e i direttori delle scuole del Comune e ad essi l'on. assessore prof. Marchiafava, alla presenza delle superiori autorità sanitarie e didattiche comunali e governative, espose i fini della propaganda ed i metodi coi quali conviene esplicarla incitando i presenti a voler cordialmente collaborare in questa opera educativa e patriottica.

La riunione riuscì numerosissima il che affida sulla riuscita della provvida iniziativa.

Un Laboratorio batteriologico a Trieste.

A cura del Comando Supremo verrà istituito, presso il *Fisicato civile* di Trieste, un Laboratorio batteriologico, che rimarrà a disposizione della popolazione civile. Lo dirigerà il dott. Cazzaniga.

Encomio solenne ai medici triestini.

Il Governatore di Trieste ha tributato un Encomio solenne ai seguenti medici distintisi in occasione della sciagura ferroviaria avvenuta in quella città in una notte dello scorso febbraio: dottori Liebman, Zennaro, D'Este, Porenta, Fabricci, Baldassi e Pagliano.

Chi è Antonio Grossich.

Forse non tutti i nostri lettori sanno che il presidente del Consiglio Nazionale di Fiume, dottor Antonio Grossich, il quale ha avuto un còmpito così cospicuo negli avvenimenti politici degli scorsi giorni, è un chirurgo, autore del metodo che ne porta il nome (disinfezione del campo operativo con la tintura di iodio). Questo metodo, il quale ormai è d'impiego generale, venne descritto dallo stesso autore nel nostro periodico (anno 1910, pag. 303).

La Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia al prof. Grossich.

In nome della Società Italiana di Ostetricia e di Ginecologia, è stato inviato al prof. Grossich, valoroso collega e presidente del Consiglio Nazionale di Fiume, il seguente telegramma augurale:

« Dott. prof. Grossich, presidente
Consiglio Nazionale Italiano di Fiume.

Gli ostetrici e ginecologi italiani mandano unanimi deferente saluto valoroso collega prof. Grossich, plaudendo sua opera patriottica per Fiume Italiana.

Prof. E. Pestalozza, presidente.
Prof. C. Micheli, segretario ».

Roma, 24 aprile 1919.

Il prof. Grossich ha così risposto:

Fiume, 25 aprile 1919.

« Professori Pestalozza-Micheli
Roma.

Presidente Consiglio ringrazia Società ostetrica-ginecologica ed attende con ansia suprema suo voto augurale si compia: Fiume per sempre unita alla Madre Patria Italia.

Dott. Grossich ».

Borsa di studio « Raffaele Paolucci ».

Il Consiglio degli Ordini dei Medici ha stabilito di onorare il capitano medico Raffaele Paolucci, istituendo una borsa di studio da concedersi annualmente dal Collegio di Perugia ad un orfano di medico. Per tale scopo ha aperto una sottoscrizione. Indirizzare le offerte all'Ordine dei Medici di Roma, Foro Trajano, n. 1.

Il premio Nöbel al prof. Mackenzie.

Da informazioni pervenuteci, si sta iniziando presso la Facoltà Medica di Pisa un movimento per proporre che il prossimo premio Nöbel sia aggiudicato al prof. Mackenzie per gli alti meriti acquistati nello studio delle malattie del cuore.

Il prof. Bozzi commemorato.

Ricorrendo il primo anniversario della morte del prof. E. Bozzi, ordinario di patologia chirurgica nella R. Università di Genova, il prof. Silvio Rolando lo ha commemorato nell'ultima seduta della R. Accademia medica di questa città.

Conferenze di cardiologia.

La Direzione degli Istituti di perfezionamento di Milano ha pregato il prof. Mariani di tenere nel mese di maggio una serie di conferenze di cardiologia negli Istituti medesimi. Il prof. Mariani ha accettato l'onorifico incarico promettendo di tenere le conferenze il sabato di ogni settimana, incominciando dal 10 maggio.

Nel giornalismo medico.

È annunziata la pubblicazione della rivista mensile « Illustrazione Medica Italiana », che vedrà la luce a Genova, a partire dal 1° luglio. La Direzione così ne annuncia il programma:

. . . Sfileranno ogni mese, sotto gli occhi dei lettori, le novità di tutte le branche della scienza medica e delle scienze affini. Nè la storia della medicina, così negletta, nè i rapporti della patologia con l'arte, ancor più obliati e tuttavia così numerosi specie in Italia, offriranno un campo meno interessante di ricerche originalissime, che avranno il sapore di una rivelazione. Il tutto corredato da una profluvie di illustrazioni magnifiche.

Eclettica e brillante la nostra Rivista vuol essere, e sarà, la lettura gradita, il complemento intellettuale e l'ornamento estetico di ogni studio e di ogni biblioteca di Medico italiano.

Rivolgersi: Genova — Casella 1481.

Contro l'abuso della cocaina.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, riferendosi alle sue precedenti segnalazioni riguardo al nuovo pericolo da cui è minacciato l'organismo umano per il riprovevole uso della cocaina, ha richiamato nuovamente l'attenzione delle autorità competenti perchè vogliano, con disposizioni di più severa e continua vigilanza, reprimere il lamentato abuso, e colpire con sanzioni di rigore specialmente la vendita clandestina dell'indicata sostanza, causa di grave pervertimento morale della gioventù e di preoccupante debilitazione fisica.

Pei militari dissenterici in Inghilterra.

Il Consiglio militare sanitario dell'Inghilterra ha emanato le istruzioni, in data 1° febbr. u. s., per il trattamento dei militari dissenterici.

Questi verranno concentrati in tredici ospedali

specializzati, a ciascuno dei quali sono addetti un batteriologo, un protistologo e medici competenti nella clinica della dissenteria. I cronici ed i portatori verranno inviati in un ospedale centrale per dissenterici, a Croydon, nell'Addington Park, per subirvi trattamenti idonei. Sono anche stabilite le norme generali per l'accertamento clinico dei casi che sfuggono alla diagnosi batteriologica e protistologica; le norme per l'esame microscopico e culturale; le norme per il trattamento specifico, ecc.

I militari dimessi cadono sotto la sorveglianza sanitaria del « Local Government Board ». Questo ufficio, in data 7 gennaio 1919, ha reso obbligatoria la denunzia della dissenteria, da parte dei medici pratici, ed ha fissato le norme per il ricovero dei civili affetti dalla malattia e per la difesa contro i portatori (tra l'altro, può essere vietato ai portatori l'esercizio di certi mestieri che comportano la manipolazione di sostanze alimentari).

Un ospedale inutilizzabile in Inghilterra.

Ha destato molto umorismo in Inghilterra la storia dell'« Arsenale Nazionale per la costruzione di Navi-tipo » a Chepstow.

È stato rilevato che la realtà è spesso più assurda della finzione; un poeta ha cantato: « nessuno ci pensò, il pubblico pagò ».

Il progetto fu originariamente compilato da una compagnia privata; poi venne assunto dal Governo; poi venne abbandonato. Intanto le autorità locali di Chepstow si erano preoccupate di fornire l'assistenza ospedaliera alle molte migliaia di operai che si sarebbero addensati nella località e quindi provvedettero alla costruzione di un magnifico ospedale, il quale è costato, si dice, due milioni e mezzo di franchi e copre una vasta area, di 200 acri.

Ora l'ospedale è ultimato, salvo alcuni lavori accessori, e l'arredamento; ma non si sa come utilizzarlo. Sono state avanzate molte proposte: farne un asilo per frenastenici, un lazzaretto, un convalescienziario per invalidi, ecc.; ma tutte le soluzioni si dimostrano difficilmente attuabili per vari motivi, e specialmente perchè i mezzi di trasporto difettano; d'altra parte non si trova nessun medico di qualche valore, il quale si decida ad eleggere il proprio domicilio a Chepstow, un paesetto che non ha mai raggiunto tremila anime.

Richiesta di medici in Siberia.

Un dispaccio del dott. Arthur Rudolph Teusler, capo del servizio medico czeco-slovacco, alla *Associated Press*, informa che v'è urgente bisogno di medici, infermiere e presidî sanitari nella Siberia occidentale. La diffusione del dermotifo, nonchè il ritorno di 200,000 soldati russi già prigionieri dell'Austria e della Germania, impone un duro compito al servizio medico militare. Il dott. Teusler ha diretto gli ospedali della Croce Rossa di Omsk, Ekaterinburg, Cheliabinsk e Tiumen. A. Ekaterinburg si è ora istituito un ospedale per dermotifosi.

Un'auto-operazione.

Nell'ospedale di Valdagno (Vicenza) il dott. cav. Carlo Caliari si è operato da sè di ernia inguinale.

L'operazione venne compiuta senza che prima nessuno della famiglia e dell'ospedale ne avesse sentore, salvo il fido infermiere, che vi assisteva.

Praticata l'anestesia locale, l'operazione venne condotta lentamente a termine; nel frattempo l'operatore svenne tre volte.

Ora egli ha ripreso l'esercizio professionale.

È morto, a 89 anni, il chirurgo tedesco HERMANN FISCHER, che ha consacrato la miglior parte della sua attività alla chirurgia di guerra; si è occupato con interesse anche della chirurgia legale; fece, un tempo, vari studi pregevoli sulla sepsi operatoria.

Sulla fine del 1918 è morto a Jena, al momento di compiere i 70 anni, il prof. KARL v. BARDELEBEN, ordinario onorario di anatomia in quella Università.

Tra i suoi studi ricordiamo: l'anatomia comparata dello scheletro della mano e del piede; la posizione del cuore in rapporto alla conformazione della gabbia toracica; i rapporti tra struttura e dinamica dei vasi sanguigni; la distribuzione delle valvole venose; l'anatomia topografica dell'innervazione dei muscoli del collo; le indagini statistiche sulle glandole mammarie soprannumerarie; le ricerche microscopiche sulla genesi dello sperma.

Aveva in corso di pubblicazione un monumentale trattato di anatomia.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI Roma, 18 maggio 1919 Fasc. 20

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

R. R. ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO DI MILANO.

Metodi e valore clinico della ortodiagrafia

per il prof. FELICE PERUSSIA.

I raggi X, che si sprigionano dall'anticatode di un tubo Röntgen, seguono nel loro decorso un cammino divergente. Ne risulta, per dato e fatto di tale proiezione conica, che, incontrando essi un corpo opaco ed andando quindi a colpire un piano, rappresentato da uno schermo fluorescente o da una lastra fotografica, vi determinano una immagine del corpo stesso la quale non è corrispondente alle sue reali dimensioni nella sezione frontale, ma risulta ingrandita, e questo in proporzioni tanto maggiori, quanto più vicino alla sorgente radiogena è situato il corpo e rispettivamente più lontano dal piano su cui viene proiettata la sua ombra (Fig. 1).

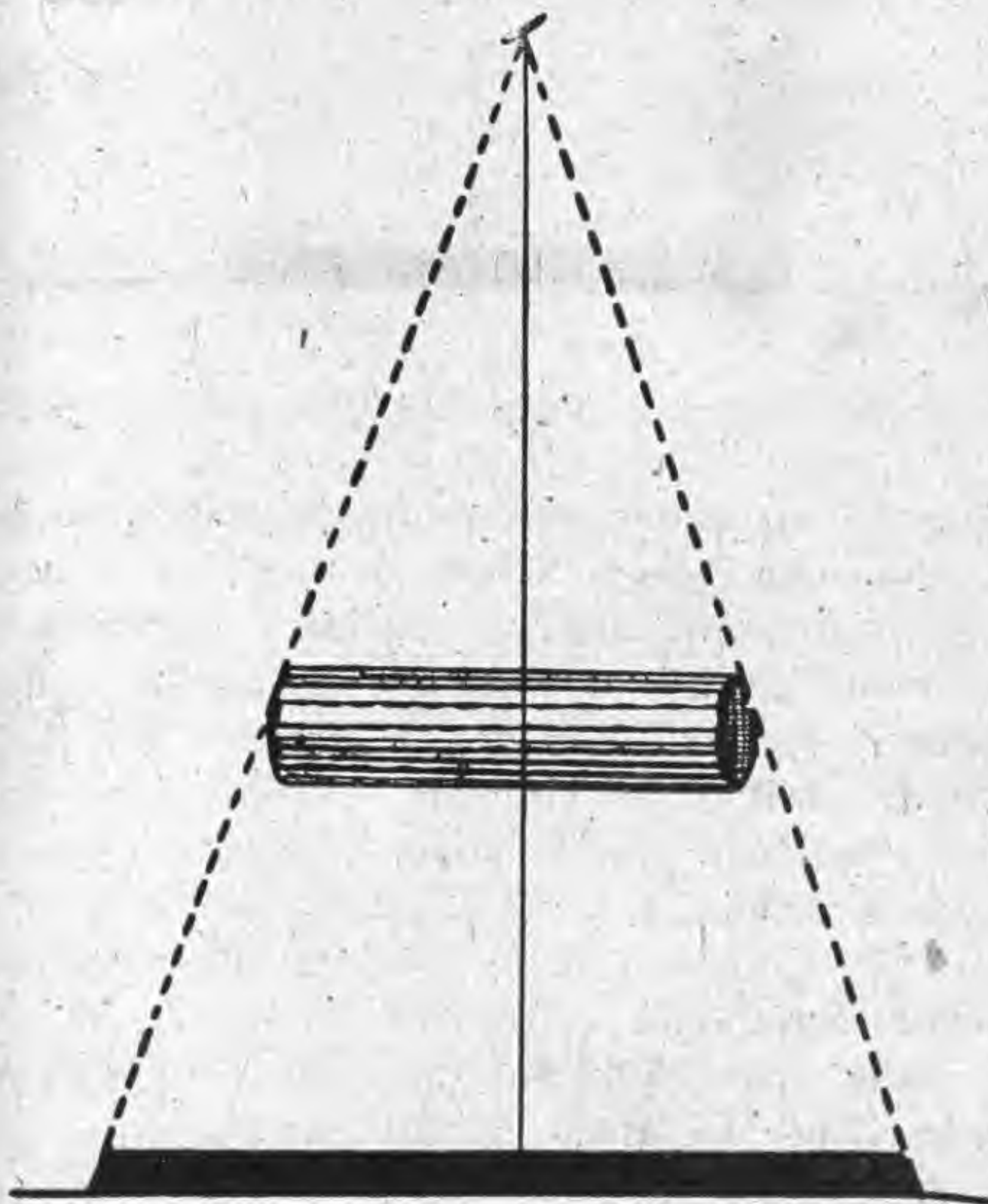



Fig. 1.

Sono queste le condizioni abituali in cui si svolgono le comuni indagini radioscopiche e radiografiche; nè il fatto, una volta conosciuto, è tale da diminuire il valore pratico delle indagini stesse.

Tuttavia, quando si richiedano misure per quanto è possibile esatte del volume di un organo — e di questo è il caso frequentemente nello studio radiologico del cuore — riesce opportuno, per ovviare all'inconveniente sopra enunciato, di ricorrere a quegli espedienti che la tecnica ha escogitato all'uopo e che mirano a sostituire una proiezione parallela alla proiezione conica (Fig. 2). Il che si ottiene essenzialmente con due metodi diversi:

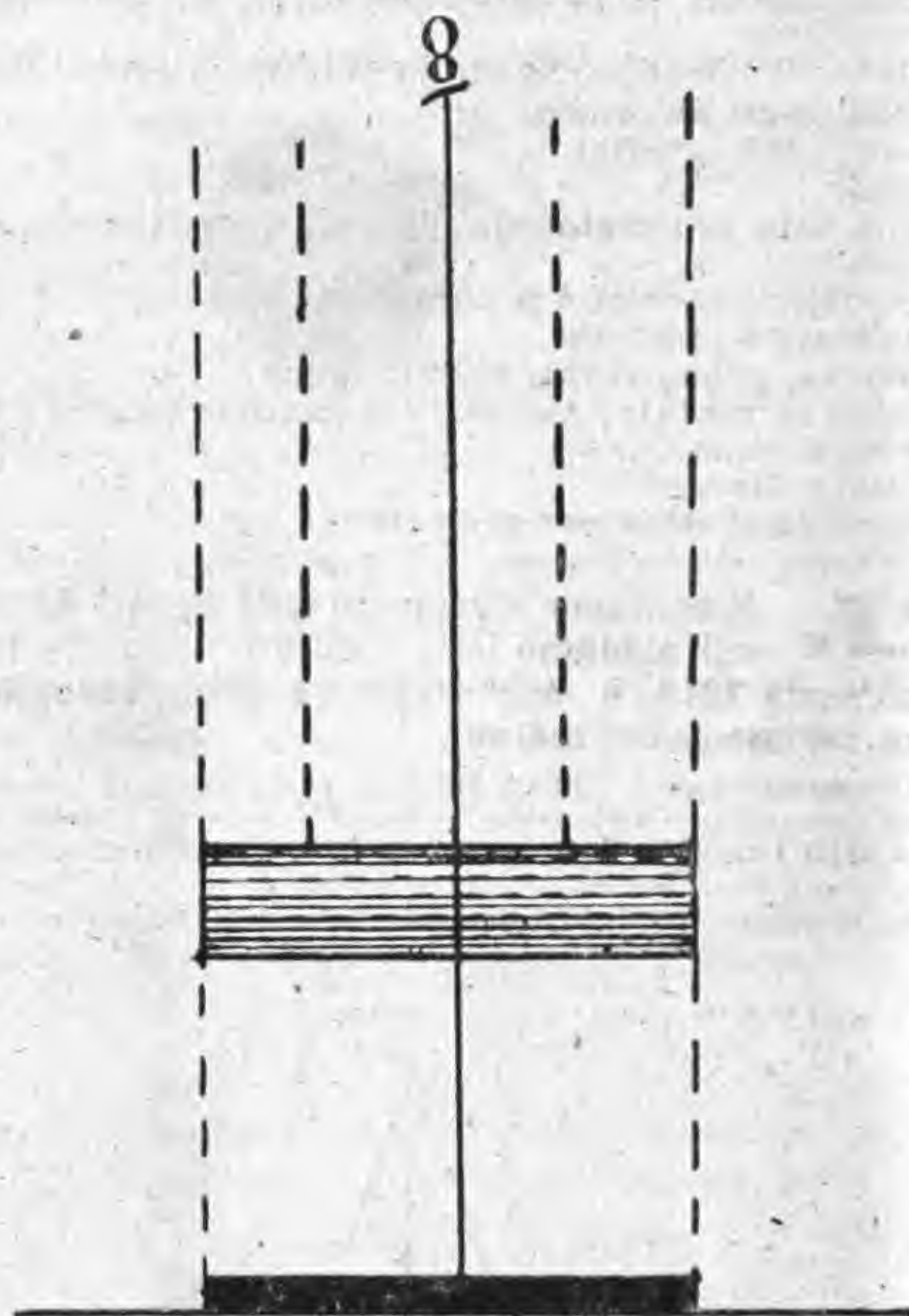



Fig. 2.

Il primo metodo consiste nell'allontanare il soggetto in esame dalla sorgente radiogena fino a tanto che i raggi X, pur continuando a divergere, si possano tuttavia considerare praticamente come aventi un decorso parallelo: questo fatto si realizza quando la distanza fra l'anticatode ed il corpo sia non inferiore ai due metri. Il metodo prende nome di teleradiografia o teleradioscopia, a seconda che si giova della lastra fotografica o dello schermo fluorescente e risulta molto più esatto nel primo che non nel secondo caso. Nell'uno come nell'altro sono necessari, per eseguirlo, apparecchi potenti, capaci di fornire al tubo una intensa energia e tubi capaci di sopportarla: e ciò per il fatto ben noto che l'azione dei raggi X decresce in proporzione del quadrato delle distanze.

Il secondo metodo consiste nello scegliere, con opportuni espedienti, dal fascio di raggi X un unico raggio, il cosiddetto raggio centrale, che è normale al piano su cui si effettua la proiezione del corpo in esame, e nel raccogliere il disegno che tale raggio traccia, quando lo si sposti tangenzialmente al corpo, in modo da seguirne il contorno.

Questo metodo si chiama della ortodiagrafia e per eseguirlo sono stati ideati molti apparecchi, più o meno complicati, fra i quali ottimo l'ortodiagrafo di Levy-Dorn, modificato dal Groedel, che consente la massima esattezza di rilievo nelle diverse posizioni del corpo, insieme con una relativa semplicità e rapidità di esecuzione dell'indagine.

Il principio però che informa tutti gli ortodiagrafi è identico ed è realizzato da un sistema rigido, ma spostabile in ogni senso, che porta a diversa distanza fra di loro, su piani perfettamente paralleli, un tubo, un diaframma ed uno schermo fluorescente, centrati in modo che il punto focale dell'anticatode, il centro del diaframma ed una marca fissata sullo schermo siano tutti disposti lungo uno stesso asse, il quale si identifica col raggio centrale.

Spostando il sistema durante la radioscopia in modo da far coincidere la marca dello schermo successivamente coi diversi punti che costituiscono la linea di contorno dell'organo in esame, il disegno che può venire così tracciato, segnando tali punti o direttamente sulla cute del soggetto o meglio ancora sopra una tavola disposta parallelamente allo schermo, viene a rappresentare una immagine dell'organo in questione che non è ingrandita, ma del tutto corrispondente alle dimensioni che esso possiede in sezione frontale. E ciò appunto perchè la proiezione ottenuta è determinata sempre dallo stesso raggio, perfettamente normale, il quale, spostandosi con tutto il sistema per colpire tangenzialmente l'organo in esame, segue sempre linee direttive fra loro parallele.

Però il procedimento della ortodiagrafia si può realizzare con notevole semplificazione, ma certo con minore esattezza, anche indipendentemente dai complessi e costosi ortodiagrafi, utilizzando i comuni apparecchi da radioscopia, sempre che sia in essi possibile individualizzare il raggio normale.

E questo non riesce difficile: basta inserire nel diaframma di un comune ortoscopio o trocoscopio un dispositivo, formato da due croci di filo metallico esattamente sovrapposte ma distanziate fra di loro di alcuni centimetri: trovandosi esse

sul decorso dei raggi, determineranno sullo schermo fluorescente due ombre distinte, se il tubo non sarà esattamente centrato: ma se, con opportuni spostamenti del tubo, si otterrà sullo schermo la perfetta sovrapposizione delle due ombre, ciò starà a significare che il tubo è perfettamente centrato e che quindi il raggio normale passa per entrambi i punti di incrocio dei fili metallici del dispositivo. Se allora si sposta la cassetta dell'ortoscopio o del trocoscopio in modo da far coincidere l'ombra di tale punto di incrocio, che individualizza il raggio normale, successivamente coi diversi punti che costituiscono il contorno dell'organo in esame e se sul vetro dello schermo, che in questo caso sarà tenuto immobile, si segnano con una matita questi diversi punti, si viene alla fine ad ottenere un disegno dell'ombra dell'organo, non ingrandito e del tutto corrispondente al tracciato dell'ortodiografo.

Il procedimento della ortodiagrafia, sebbene non consenta misure volumetriche esatte, in quanto ci dà solo valori planimetrici d'una determinata sezione d'un organo a tre dimensioni, pure ha realmente un valore pratico, che viene specialmente sfruttato nello studio radiologico del cuore: onde ci occuperemo di questo più dettagliatamente, allo scopo anche di valutare l'importanza clinica del metodo.

L'esecuzione di un ortodiagramma del cuore richiede speciali cautele e presenta qualche difficoltà.

È necessario anzitutto che il soggetto si mantenga per tutta la durata dell'esame assolutamente immobile: a questo scopo viene fissato nelle posizioni di elezione, che sono la eretta o meglio ancora la seduta, ad una parete rigida anteposta al tubo, in modo che vi si appoggi del tutto simmetricamente colle spalle e colle natiche, ottenendosi così una proiezione d'esame il più esattamente possibile sagittale, postero-anteriore.

Il paziente dovrà respirare tranquillamente e superficialmente per evitare gli spostamenti del cuore che accompagnano le ampie escursioni respiratorie; inoltre l'abile radiologo cercherà, nell'eseguire i diversi punti del tracciato, di sorprendere sempre la stessa fase di contrazione cardiaca e precisamente la fine della diastole: inutile dire come tale accorgimento richieda una esperienza ed una abilità non comuni nell'osservatore e come talvolta non si possa tuttavia mettere in pratica, quando ad esempio il paziente sia in istato di forte tachicardia, il che è tutt'altro che raro in malati di cuore.

Una difficoltà che si incontra durante la ortodiagrafia e che spesso è insuperabile, consiste nel fatto del non essere il cuore sempre completamente individualizzabile nel suo contorno dagli organi finitimi. Prescindendo anche dalla possibile esistenza di versamenti pleurici o di zone d'addensamento polmonare che confondano la loro ombra con quella del cuore e dalla eventuale esistenza di ghiandole tumefatte dell'ilo polmonare, che non consentano di definire nettamente il contorno dell'ombra cardiaca in corrispondenza di quella zona, rimane pur sempre in condizioni fisiologiche quasi costante il fatto del confondersi del contorno inferiore del cuore nell'ombra del diaframma e sopratutto del fegato.

E qualche volta per la stessa ragione è persino difficile individualizzare la punta del cuore, la quale ha pur tanta importanza nelle misure da eseguirsi sull'ortodiagramma: può ovviare a questo inconveniente la somministrazione di polveri gasogene, le quali determinano attorno alla punta del cuore un'area di spiccata trasparenza, dovuta al raccogliersi del gas nel fondo dello stomaco.

Eseguito il disegno ortodiagrafico del cuore e dei grossi vasi, conviene completarlo col tracciato delle due metà diaframmatiche e dei limiti esterno e superiore dei due campi polmonari, nonchè col riportare sull'ortodiagramma alcuni punti di repere che si saranno segnati prima sulla cute con marche opache, come il giugulo, l'apofisi ensiforme e l'ombelico, allo scopo di tracciare quindi, unendo questi punti, la linea mediana del corpo.

Potrebbe sembrare a prima vista che la misura più esauriente da doversi ricavare dall'ortodiagramma del cuore fosse quella della superficie totale del tracciato, misura che può ottenersi ricalcando su carta quadrettata al millimetro il disegno e contando quindi i millimetri quadrati in esso compresi; invece tale rilievo ha una importanza ben relativa, mancando necessariamente di esattezza per la impossibilità, come si è detto, di limitare nettamente il margine inferiore del cuore dall'ombra epatica e di sceverare con precisione la superficie d'ombra pertinente al cuore da quella pertinente ai grossi vasi del mediastino superiore; inoltre la misura globale di superficie dell'ombra cardiaca in sezione frontale, priva com'è di un valore assoluto per il largo margine di oscillazione che hanno i valori normali nei diversi individui, tace completamente le proporzioni con cui le diverse parti del cuore partecipano ad un suo eventuale aumento di volume e quindi non informa su quei dati che, come è noto, hanno il massimo valore semeiotico e diagnostico nello studio radiologico delle cardiopatie.

Per queste considerazioni si ricorre piuttosto alle seguenti misurazioni sull'ortodiagramma del cuore (Fig. 3):

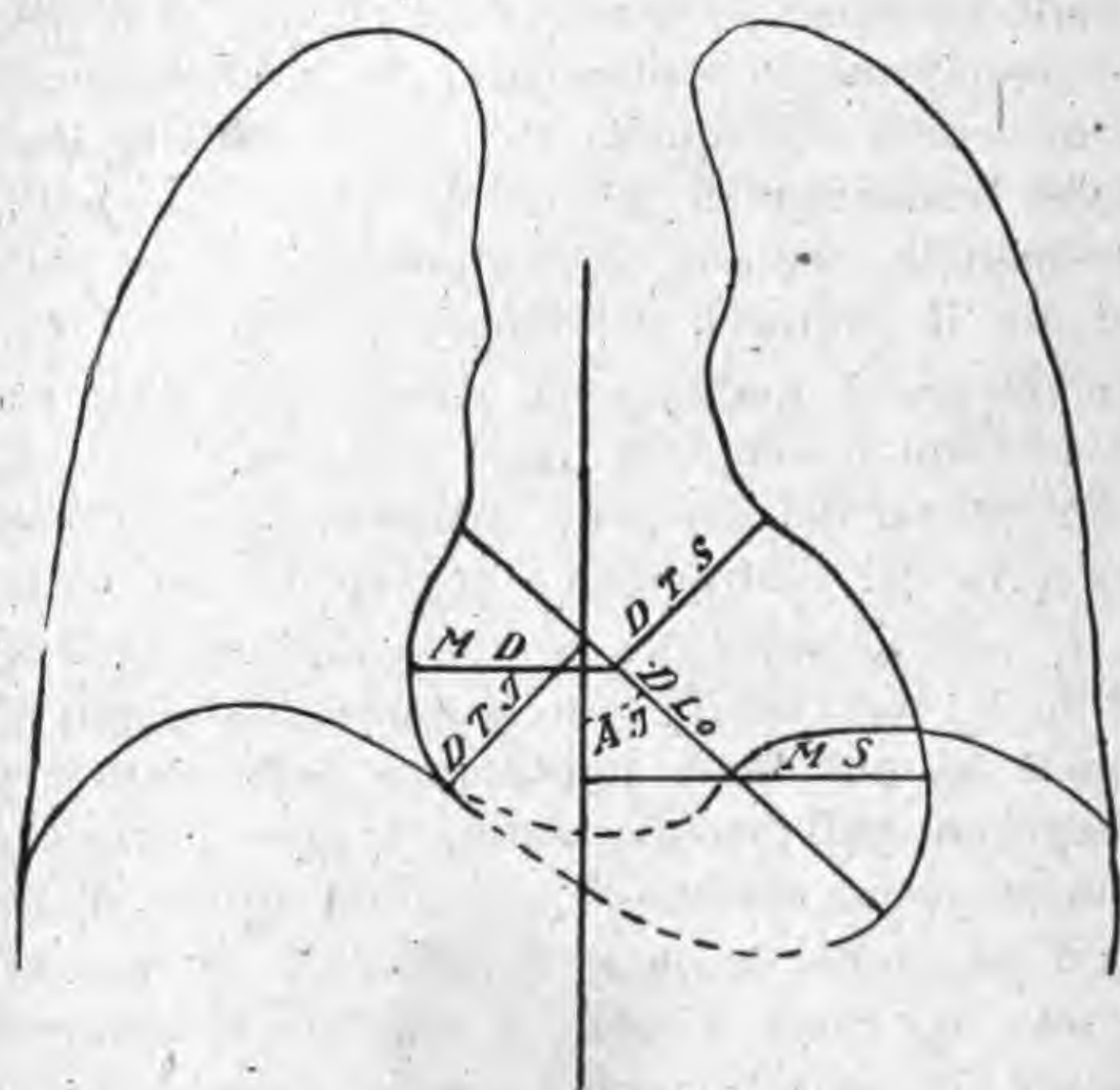



Fig. 3.

1°) M S — Distanza medio-laterale sinistra, corrispondente alla massima distanza del contorno sinistro del cuore dalla linea mediana del corpo.

2°) M D — Distanza medio-laterale destra, corrispondente alla massima distanza del contorno destro del cuore dalla linea mediana del corpo.

3°) D T — Diametro trasversale, corrispondente alla somma di M S + M D.

4°) D Lo — Diametro longitudinale, corrispondente alla distanza massima fra l'angolo cava discendente — orecchietta destra ed il contorno inferiore sinistro del cuore, anzi per lo più la punta dello stesso.

5°) D T S e D T I — Diametri trasversali superiore ed inferiore, corrispondenti alla distanza massima del contorno superiore ed inferiore del cuore dal diametro longitudinale.

6°) D La — Diametro di larghezza massima corrispondente alla somma di D T S + D T I.

7°) D T : D T P — Rapporto fra il diametro trasversale del cuore ed il diametro trasversale polmonare.

8°) A I — Angolo di inclinazione del cuore, misurato sull'angolo che il diametro longitudinale forma incrociando la linea mediana.

Il valore pratico di queste misurazioni non è uguale per tutte; specialmente importante è determinare il valore di D T ed in minor grado di D Lo. Utilissima è pure la misura del rapporto D T : D T P. Di secondaria importanza sono le altre misure.

(4)

Ma per ben valutare se le misure ottenute debbano considerarsi patologiche, bisogna conoscere esattamente i valori che si hanno in individui normali: orbene, questi oscillano entro limiti molto ampi in rapporto a molteplici fattori: e precisamente l'età del soggetto, il sesso, il peso e l'altezza del corpo, il perimetro toracico sono tutti elementi che fanno variare le misure, considerate come normali da individuo ad individuo: inoltre nello stesso individuo la posizione eretta o supina, la fase in — od espiratoria, il maggiore o minore contenuto d'aria nello stomaco, con spostamento consecutivo della metà sinistra del diaframma, sono tutti fattori che possono influire sui valori di quelle misure, pur sempre considerandoli nei limiti del normale.

Allo scopo appunto di avere valori medi di riferimento, da diversi autori, fra i quali meritano specialmente di essere citati il Moritz, il Dietlen, il Groedel, il Veith e l'Hammer, sono state compilate numerose tabelle, sulla base di misurazioni eseguite su moltissimi individui normali, ma appunto di età, sesso, peso, altezza diversi.

Nel riferire però le misure ottenute in un ortodiagramma del cuore ai valori medii normali di queste tabelle, bisogna usare molta prudenza prima di trarre deduzioni a scopo diagnostico.

Infatti, specialmente per M D ed M S i valori minimi e massimi oscillano talmente negli individui normali, da rendere quasi inusufruibile il dato del valore medio. Inoltre scarso valore si può dare alle misure M D ed M S anche perchè le loro modificazioni più che da un ingrandimento parziale del cuore a destra od a sinistra possono dipendere da una situazione più o meno mediana del cuore, il che è solitamente in rapporto coll'abito costituzionale. E specialmente se si trova un valore di M D aumentato al confronto dei valori medi normali, non si può per nulla concludere che il cuore è aumentato di volume a destra: infatti in questi casi bisogna sempre fare il confronto fra M D e D T e dar valore a M D aumentato, solo quando anche D T sia aumentato: e ciò per non valutare erroneamente l'aumento di valore di M D che, in caso di invariato D T, dovrebbe piuttosto considerarsi come dovuto a situazione più mediana del cuore con conseguente diminuzione del valore M S.

E questo concetto di massimo relativismo nel valutare le misure ottenute da un ortodiagramma del cuore, fa sì che si debbano proprio sempre rilevare tutte e metterle in relazione l'una coll'altra, non dimenticando sopratutto il rapporto D T : D T P che è tanto utile e che negli individui normali è fra tutti uno dei dati più costanti.

Questo rapporto infatti ha normalmente un valore medio di 1 :1.92 con oscillazioni fra 1 : 1.70 e 1 :2.20: per cui, se in un cuore le cui misure di D T e D Lo risulterebbero superiori alla norma, si trova anche un rapporto D T : D T P superiore a 1 :1.70 si hanno elementi sufficienti per ritenerlo effettivamente ingrandito: come in un cuore con valori D T e D Lo inferiori alla norma, un valore del rapporto D T : D T P inferiore a 1 :2,20 deve far concludere per una reale abnorme piccolezza dell'organo.

Se adunque il radiologo è stato minuziosamente esatto nell'eseguire il rilievo della ortodiagrafia e se nel valutarne le risultanze si attiene alle norme di prudenza e di relativismo che abbiamo suggerito, allora le deduzioni semeiologiche che ne possono derivare hanno davvero una notevole importanza clinica. Nessun altro metodo infatti, fra quelli che possediamo per la determinazione del volume del cuore, può dare indicazioni più precise della ortodiagrafia. Le difficoltà che si oppongono al rilievo di esatte misure plessimetriche del cuore sono troppo note perchè meriti di discuterle dettagliatamente: uno stato di enfisema polmonare, una deformità del torace, ecc., sono tutti fattori che possono portare ad errori grossolani di valutazione del volume del cuore, esplorato colla semplice percussione: orbene, queste cause d'errore non esistono o quasi per la ortodiagrafia; la quale anche in simili casi può raggiungere il massimo di esattezza.

Noi non intendiamo tuttavia esagerare la portata del metodo. Anzitutto perchè, come abbiamo detto, esso non ci consente una vera misura del cuore nelle sue tre dimensioni, ma solo la valutazione della superficie d'una sua sezione, che non è neppure esattamente la sezione frontale massima, data la posizione inclinata che ha il cuore nella cavità toracica; inoltre perchè sull'ortodiagramma non si può neppure con esattezza riferire un eventuale ingrandimento dell'ombra cardiaca a questa, piuttosto che a quella porzione del cuore. Infine perchè se grande importanza ha invero nella radiologia del cuore la determinazione volumetrica di quest'organo, non certo inferiore è l'importanza dei rilievi che i raggi X ci consentono in rapporto alla forma, alla posizione, al modo di contrarsi, alla spostabilità del cuore stesso. Tanto che, se una diagnosi radiologica di cardiopatia può molto spesso venir formulata in base a questi rilievi di semplice radioscopia ed indipendentemente da qualsiasi misura ortodiagrafica, non può certo quest'ultima da sola bastare allo stesso scopo, quando facciano difetto i dati tanto importanti sopra enumerati.

SUNTI E RASSEGNE.

ULCERA GASTRICA E DUODENALE.

Ulcera dello stomaco e del duodeno.

Etiologia – Evoluzione – Indicazioni terapeutiche – Risultati.

(V. PAUCHET, *Gazette des Hopitaux*, 25 genn. 1918).

DEFINIZIONE. — Vi sono quattro categorie di ulcerazioni gastro-duodenali (Mathieu):

1. Le ulcerazioni cancerose dovute alla necrosi dei tessuti epiteliomatosi.
2. Le ulcerazioni specifiche (tubercolosi, sifilide).
3. Le ulcerazioni semplici che si producono rapidamente in qualche giorno o in qualche ora, dovute ad una distruzione acuta della sola mucósa o di tutto lo spessore delle tuniche dello stomaco.
4. *L'ulcera*: ulcerazione persistente, di cui la permanenza e l'accrescimento risultano sopratutto dall'azione autodigestiva del succo gastrico.

Possiamo distinguere quattro gradi di sviluppo dell'ulcera:

a) *L'ulcera iniziale*: ispessimento localizzato, percettibile con l'occhio e col tatto, della parete dello stomaco o del duodeno. Segni d'infiammazione cronica della sierosa (ispessimento, edema, aspetto smorto, punteggiamento rosso), gangli ingorgati, mobili e molli. Facile è la distinzione dalla contrattura localizzata spasmodica della parete gastrica e duodenale, in cui si ha colorito biancastro e durata transitoria dell'indurimento.

b) *L'ulcera callosa*, a bordi rilevati duri come cartilagine, di cui il centro presenta un infossamento sul lato della mucosa.

c) *L'ulcera terebrante aderente*, penetrazione più profonda dell'ulcera, che ha raggiunto un organo vicino (pancreas o fegato) che fa da fondo o in cui penetra.

d) *L'ulcera perforante libera*: *l'ulcera* rompe le pareti gastriche e s'apre direttamente nel peritoneo provocando una peritonite o un ascesso perigastrico.

FREQUENZA DELL'ULCERA GASTRICA E DUODENALE. — L'ulcera gastrica, come hanno dimostrato le operazioni di Mayo Robson, dei fratelli Mayo e sopratutto di Moinihan, è press'a poco così frequente come l'ulcera duodenale. Se questa in passato non era riconosciuta e frequentemente diagnosticata è perchè era confusa con le ulceri gastriche della regione pre-pilorica. Infatti non

è sempre facile distinguere l'ulcera pilorica da quella duodenale: il punto di separazione è segnato dall'anello pilorico, che è reperibile, esternamente, per una piccola vena, chiamata «la vena pilorica» dai fratelli Mayo.

È interessante di fare la diagnosi anatomica della lesione, di separare cioè l'ulcera pre-pilorica dall'ulcera post-pilorica; quest'ultima è duodenale. Mentre l'ulcera duodenale guarisce generalmente con la gastro-enterostomia, l'ulcera gastrica guarisce più sicuramente con la gastrectomia: inoltre quest'ultima diviene facilmente canceorsa, al contrario della prima che degenera difficilmente.

L'ulcera duodenale è tre volte più frequente nell'uomo che nella donna.

PATOGENESI DELL'ULCERA. — L'ulcera è la conseguenza di due processi: l'uno ulcerativo; l'altro autodigestivo.

Processo ulcerativo. — L'ulcerazione può prodursi sotto l'influenza di un traumatismo, d'irritazione locale (bevande calde, caustici, alcool, alimenti troppo conditi con spezie), di cause tossiche o infettive (insufficienza renale, azotemia, ustioni, tabacco, infezione puerperale, influenza, tifo, ecc.), di embolia della sottomucosa (necrosi ischemica), di malattie del sistema nervoso. Eppibger e Hess hanno notato dei sintomi di vagotonia nei malati affetti da ulcera duodenale o gastrica. Westphal e Katech segnalano le stigmate vegetative seguenti: dermografismo rosso, esoftalmo, occhio lucente, miosi, midriasi, iperidrosi, costipazione spasmodica, gozzo vascolare, riflesso oculo-cardiaco, analogia dei sintomi clinici di certe ulceri con nevrosi gastriche pure: pilorospasmo, gastrospasmo, cardiospasmo, iperperistaltismo, ipersecrezione, parasecrezione, crisi dolorose. Inoltre, con l'ulcera gastrica o duodenale, possono coesistere altre malattie legate allo stesso processo, come l'appendicite cronica, la colecistite, la pancreatite.

La questione del rapporto ulcero-nervosismo, guardata da questo punto di vista, è interessante. Ogni nervoso non sarà più refrattario al trattamento chirurgico e non vi sarà più la questione: ulcera o nervosismo? I nevropatici complicati da ulcera, potranno, in certe condizioni, ricavar profitto dall'atto operativo: ma i nervosi puri saranno sempre il *draw-bach,* il «noli me tangere» del chirurgo.

PROCESSO AUTODIGESTIVO. — Quando l'ulcerazione s'è costituita, l'azione digestiva e peptica dello stomaco sopravviene per ingrandire l'ulcerazione e farla indurire. La coincidenza dell'ipercloridria con l'ulcera gastrica è un fatto conosciuto da tanto tempo e probabilmente si tratta di due stati contemporanei e consecutivi l'uno e l'altro da una medesima causa iniziale, forse lo squilibrio vago-simpatico.

Infine, bisogna tener conto del fatto che, sotto l'influenza di differenti turbe d'igiene generale che modificano la nutrizione del soggetto, vi è nel medesimo tempo una diminuzione della vitalità dei tessuti, una modificazione nella costituzione chimica del sangue, una diminuzione della resistenza delle pareti gastriche contro la azione del succo gastrico: difetto di secrezione mucosa, difetto di antipepsina. Quando l'ulcera diviene callosa, le condizioni anatomiche sono eminentemente sfavorevoli alla guarigione: la anemia locale da compressione dovuta a tessuto fibroso, aumentata dalla vasocostrizione spasmodica, rende la cicatrizzazione quasi impossibile.

EVOLUZIONE ANATOMICA DELL'ULCERA NON OPERATA. — L'ulcera non operata può guarire medicalmente o spontaneamente, specie nei soggetti giovani. La guarigione spontanea dell'ulcera duodenale avviene meno frequentemente. Tanto l'ulcera duodenale che gastrica possono restare latenti per lungo tempo, determinando solo una leggera dispepsia a cui l'ammalato si adatta facilmente: in tali casi l'ulcera si scopre per caso in una laparatomia o nell'esame delle fecce per delle emorragie occulte. Non si può mai stabilire l'avvenuta guarigione anatomica di un'ulcera: i sintomi di essa possono ricomparire dopo quattro o cinque anni di assenza assoluta di ogni disturbo, e dei cancri si possono sviluppare su ulceri callose rimaste silenti per dieci o quindici anni.

COMPLICAZIONI CRONICHE DELL'ULCERA NON OPERATA.:

1. *Cicatrici non stenosanti.* Punto di partenza di riflessi spasmodici e secretori o d'una degenerazione cancerigna.

2. *Stenosi cicatriziali* piloriche o mesogastriche.

3. *Ulcera terebrante aderente.* L'ulcera digerisce la parete gastrica, poi s'appoggia e digerisce gli organi vicini, aderendo al fegato, al pancreas e provocando riflessi e accidenti dolorosi.

4. *Perforazione libera* con peritonite suppurata o ascesso perigastrico.

5. *Perigastrite fibrosa,* i tumori infiammatori simulanti il cancro.

6. *Ulcera-cancro,* sorta da un'ulcera in atto o già cicatrizzata, di difficile diagnosi non solo al tatto ma spesso anche al microscopio.

I tre quarti di cancri gastrici si sviluppano su antiche ulceri.

Secondo Kummer, di 100 persone portatrici di ulceri gastriche non operate, 21 ne muoiono;

13 per 100 soccombono ad una perforazione, 5 per 100 ad una emorragia.

Ogni ulcera gastrica recidivante o cronica deve essere operata. Il giorno in cui l'ulcera è divenuta callosa, è impossibile che guarisca medicalmente.

TRATTAMENTO DELLA PERFORAZIONE ACUTA DELL'ULCERA GASTRICA. — Appena un'ulcera gastrica si perfora, bisogna operare immediatamente. La perforazione sarà subito suturata, e vi si aggiungerà una gastro-enterostomia se la sutura potrà provocare una stenosi del condotto gastrico. Quest'ultima operazione aggrava la prognosi, la quale in ogni caso è grave: si osservano il 40 per 100 di morti nelle prime 12 ore; il 60 per 100 nelle prime 24 ore; l'80 per 100 nelle 48 ore. I malati non operati possono guarire nella proporzione del 4 o 5 per 100 con peritonite incistata, seguita o no da un ascesso perigastrico.

TRATTAMENTO DELL'EMORRAGIA. — In presenza di una emorragia gastrica è indicato di trattare da principio medicalmente il malato: lavare lo stomaco con l'acqua salata calda, per rimuovere i coaguli, sospendere ogni alimentazione per bocca. Se l'emorragia si ripete o se è abbondante, è necessario operare e le modalità dell'operazione variano a seconda dei casi (incisione delo stomaco e legatura del vaso sanguinante, gastrectomia di tutta la porzione a valle della ulcerazione, digiunostomia a Y, ecc.).

STENOSI CICATRIZIALI. — *a*) *Pilorica*. — Ogni stenosi cicatriziale, che ha per punto di partenza il duodeno, deve essere trattata con la gastro-enterostomia. La resezione è inutile perchè le cicatrici duodenali si trasformano raramente in cancro, ed anche perchè l'escisione del segmento duodenale è più delicata ed inutile. Quando la cicatrice risiede a livello del piloro o avanti il piloro, si tratta di un'ulcera gastrica ed allora bisogna praticare la gastrectomia, che guarisce radicalmente il malato e scongiura la insorgenza del cancro.

b) *Stenosi meso-gastriche*. — Per curare lo stomaco a clessidra, non fare nè la gastro-gastrostomosi, nè la gastro-enterostomia, ma praticare la gastrectomia larga, sopprimendo la tasca inferiore, il piloro e la stenosi, e poi anastomizzare la tasca superiore col digiuno.

PERIGASTRITE SEMPLICE. — Quando lo stomaco, a causa di un'ulcera terebrante che ne ha distrutto la parete, aderisce alla faccia inferiore del fegato, o al pancreas, o alla vescichetta biliare o alla parete addominale, lo si disseca fino alla parte sana, si reseca la porzione malata, poi si fa una gastro-enterostomia.

PERIGASTRITE SUPPURATA. — In principio, bisogna guardarsi dal fare operazioni gastriche finchè vi è suppurazione; contentarsi d'incidere lo ascesso e d'aspettare.

ULCERA TEREBRANTE ADERENTE. — Quando una ulcera ha attraversato la totalità delle pareti e il suo fondo è costituito dal pancreas, o dal fegato, o dalla parete addominale, è indispensabile di fare la gastrectomia, senza escidere nè raschiare il fondo dell'ulcera, ma limitandosi a toccarlo con tintura di iodio e qualche volta a ricoprirlo d'epiploon.

ULCERA-CANCRO. — L'ulcera-cancro deve essere trattata come un cancro ordinario.

TRATTAMENTO CHIRURGICO DELL'ULCERA NON COMPLICATA. — Le operazioni per l'ulcera di stomaco sono le seguenti:

Gastro-enterostomia semplice.

Gastro-enterostomia ed esclusione del piloro.

Gastro-enterostomia con distruzione ignea dell'ulcera.

Escissione semplice dell'ulcera.

Gastro-pilorectomia.

1. *Gastro-enterostomia*. — a) *Funzione evacuatrice*. Il drenaggio è ben fatto quando l'apertura è sufficientemente larga, la bocca è situata il più vicino possibile all'antro pilorico e l'ansa è ben diretta e correttamente suturata.

Gli operati in cui gli alimenti cessano di passare per la nuova bocca e ripassano per il piloro, hanno subito un'anastomosi viziosa o portano un'ulcera peptica che ha ristretto la bocca.

La gastro-enterostomia diviene necessariamente la bocca evacuatrice nei casi di stenosi del piloro e conduce alla cessazione degli accidenti dovuti alla stasi gastrica; ma anche quando il piloro resta permeabile, essa può condurre alla guarigione dell'ulcera o far scomparire i disturbi perchè fa scomparire il pilorospasmo e mette lo stomaco in riposo.

b) *Azione neutralizzante*. La bile che passa nello stomaco e si mescola col succo gastrico, neutralizza l'acidità. Tuttavia, la gastro-enterostomia non può guarire che un certo numero di ulceri, non previene le recidive, non impedisce la degenerazione cancerigna, ragioni per cui resta inferiore alla resezione. La mortalità operatoria dei gastro-enterostomizzati per ulcera varia con i chirurgi da 1 a 4 per 100.

Complicazioni della gastro-enterostomia. — A) *Disfunzione della bocca*. Quando la tecnica è difettosa, l'ansa afferente riceve una parte degli alimenti e la rigurgita attraverso l'antico piloro permeabile dello stomaco: quindi rigurgiti biliosi, turbe dispeptiche, cattivo vuotamento dello stomaco. Davanti a simili complicazioni bisogna riaprire il ventre e anastomiz-

zare l'ansa afferente con quella efferente (digiuno-digiunostomia).

B) *Ulcera peptica.* La principale causa dell'ulcera peptica è l'impiego del filo. Bisogna usare del catgut per la sutura mucosa; il filo provoca un ascesso della tunica gastrica, che si trasforma in ulcerazione per il prolungarsi dell'infezione e l'autodigestione. L'ulcera peptica può essere latente e portare alla stenosi dell'antica bocca, può essere perforante e provocare una peritonite generalizzata o un ascesso sottodiaframmatico, può portare alla lienteria per perforazione secondaria del colon. Il soggetto affetto da ulcera peptica deve essere rioperato, e l'operazione consiste nel praticare una nuova gastro-enterostomia previa escisione dell'antica bocca insieme con l'ansa anastomotica.

C) *Obliterazione della gastro-enterostomia* per operazione mal fatta.

D) *Emorragia postoperatoria.* Sorgenti dell'emorragia: stasi nella vena porta, erosione delle grosse arterie vicine, emorragia della linea di sutura, emorragia di una arteria corrispondente all'ulcera. Queste emorragie cedono generalmente a dei lavaggi caldi dello stomaco.

E) *Perforazione dell'ulcera dopo la gastroenterostomia. Capacità digestiva e valore fisico degli antichi gastro-enterostomizzati.* Dopo la gastro-enterostomia per ulcera duodenale, il 75 % dei soggetti sono molto migliorati o guariti, il 25 % hanno ancora dei disturbi; se si pratica secondariamente in essi la resezione del cono pilorico, si ottiene un notevole miglioramento o la guarigione in tre quarti dei malati che restano. Persistono dunque circa da 5 a 10 % malati che, operati una o due volte per ulcera duodenale, soffrono ancora. Bisogna allora mettere in causa una malattia concomitante, sia la stasi intestinale cronica, sia una litisi biliare, sia una appendicite cronica, donde la regola di esplorare sempre i differenti organi addominali quando si pratica un'operazione sullo stomaco o sul duodeno.

I risultati postoperatori della gastro-enterostomia per ulcera gastrica sono meno buoni di quelli che si ottengono per l'ulcera duodenale, poichè nei due terzi dei casi i soggetti presentano ancora dolori e turbe dispeptiche importanti e all'esame delle materie fecali di tanto in tanto si constata un'emorragia occulta.

2. *Escisione dell'ulcera.* — Buona da principio, è un'operazione delicata, più grave e meno efficace della gastrectomia. Dà una mortalità operatoria del 20 per 100.

3. *Distruzione termica dell'ulcera con gastroenterostomia.* — È una buona operazione che conviene in caso di piccole ulcere non lontane dal piloro e facilmente accessibili. Bisogna liberare la piccola curvatura dello stomaco, separarla dall'epiploon gastro-epatico e causticare col termocauterio l'ulcerazione fino alla parete sana. Suturata con doppio strato la breccia così fatta, si termina l'operazione con la gastro-enterostomia posteriore. Mortalità operatoria: 2 per 100.

4. *Resezione segmentale dello stomaco in corrispondenza dell'ulcera o gastrectomia anulare medio-gastrica.* — È una buona operazione. Fatta la resezione del cilindro gastrico, si può suturare le due estremità gastriche capo a capo o ciò che è meno grave, chiudere a cul di sacco l'antro pilorico e impiantare il moncone gastrico nel digiuno. Mortalità 5 per 100.

5. *Gastrectomia larga seguita da gastro-enterostomia.* — È di tutti i processi il più efficace, che conviene nei casi di ulcere gastriche estese, complicate, callose. Sezionata la prima porzione del duodeno, si sopprimono nello stesso tempo il piloro, la piccola tuberosità e la regione gastrica invasa dall'ulcera, poi s'impianta il moncone gastrico nel digiuno oppure si chiude a bocca di tabacco e si pratica una gastro-enterostomia. Mortalità operatoria 9 per 100.

La resezione larga provoca acloridria, ipopepsia che durano parecchi mesi (donde la necessità di pasti piccoli e multipli); ma, in seguito le ghiandole dello stomaco si riproducono, lo stomaco stesso s'ingrandisce e la digestione a poco a poco ritorna normale.

B. MASCI.

Il trattamento medico dell'ulcera gastrica.

(HELD E GROSS *The American Journal of the medical sciences*, gennaio 1919).

L'esperienza degli ultimi anni ha dimostrato che l'ulcera gastrica è un'affezione molto più comune di quel che non si ritenesse e ha d'altra parte provato che l'affezione stessa guarisce nella maggior parte dei casi con un trattamento semplicemente medico. Gli interventi chirurgici, cui per un certo tempo si è ricorso troppo affrettatamente, oggi devono costituire l'*estrema ratio*, un trattamento di necessità cui si ricorra quando le altre cure si dimostrano inefficaci, o quando residuano conseguenze cicatriziali di notevole gravità.

Il più delle volte la diagnosi d'ulcera gastrica si pone quando avviene l'emorragia; ma non è dubbio che l'ulcerazione può decorrere per lungo tempo ed anche per sempre senza emorragia, ed i disturbi relativi non sono gran che considerati dal paziente. Da ciò la necessità di un'esatta diagnosi ed anche di un opportuno trattamento

profilattico per gli individui che senza presentare sintomi manifesti di ulcerazione dello stomaco, presentano per altro disturbi che la esperienza ha dimostrato essere i fatti causali o per lo meno concomitanti di detta affezione: iperesecrezione, iperacidità gastrica, ipercinesia della parete dello stomaco, anemia, vagotonia, ecc.

L'indirizzo terapeutico varia a seconda dei fattori causali dei disturbi esistenti: occorre quindi determinare se c'è emorragia, se i dolori, l'iperacidità e l'ipersecrezione sono i fatti più importanti, se il paziente in un attacco è libero da ogni disturbo e se infine l'ulcera è accompagnata da ipo- o anacidità.

La emorragia può essere occulta o profusa. La frequenza delle piccole emorragie, rilevabili solo con l'esame delle feci, non è stata ancora sicuramente accertata: le statistiche date dai vari autori al riguardo non concordano. In ogni caso dal punto di vista pratico quando si ha sospetto di ulcera gastrica è necessario ricercare sistematicamente il sangue nelle feci, e quando tali esami dimostrano che le emorragie si verificano con frequenza si deve pensare che l'ulcera si trova in stato di progresso e quindi il trattamento deve essere rigoroso allo scopo di evitare emorragie profuse. Quando d'altra parte l'emorragia occulta persiste, per qualche settimana, malgrado le cure, si deve sospettare l'esistenza di neoplasma maligno ed è giustificata un'operazione esplorativa.

Nella emorragia profusa la intensità del trattamento dipende dall'abbondanza e dagli effetti dell'emorragia. Il paziente deve essere tenuto a letto con decubito dorsale, con il letto leggermente inclinato per modo che la parte anteriore sia più elevata; oltre a ciò borsa di ghiaccio sull'addome ed una iniezione di morfina per alleviare lo stato ansioso. Per bocca non deve essere dato nulla: per spegnere la sete e l'arsura può essere dato qualche pezzo di ghiaccio, raccomandando di ingoiarne poco. Si può somministrare per il retto ogni giorno in due volte un mezzo litro di soluzione di Ringer e negli individui molto deboli il secondo e terzo giorno mezzo litro di soluzione di glucosio al 18-20 %.

Quando i sintomi dovuti all'emorragia sono più allarmanti si deve ricorrere immediatamente a mezzi più energici. Molto utile riesce la così detta autotrasfusione che consiste nel bendaggio delle estremità superiori ed inferiori per modo che il sangue venga ricacciato da queste parti senza però arrestare il polso. Possono essere anche adoperati a seconda dei casi: iniezione endovenosa di 5 cmc. di soluzione concentrata di cloruro di sodio, iniezione intramuscolare di 20-50 cmc. di siero umano, di coagulose, di gelatina sterilizzata (20 cmc). con o senza calcio, di emetina o di tromboplastina, iniezioni di 10-15 gocce di pituitrina, o soluzione di gelatina (15 gr. in 150 gr. d'acqua) per bocca. La adrenalina si adopererà se la pressione vasale è bassa. Essau e Mansfield consigliano l'allume in glicerina (10 %), un cucchiaino ogni due o tre ore.

Se sono necessari eccitanti si adopererà l'olio canforato. Quando l'emorragia è molto profusa per modo che è indispensabile rimpiazzare in circolo il liquido, si faranno epidermoclisi o fleboclisi di soluzione fisiologica, o si farà la trasfusione, che ha il vantaggio di riescire anche emostatica e di stimolare gli organi ematopoietici.

Heiner consiglia la lavanda gastrica con acqua ghiacciata, Ewald con acqua calda e Bourget con soluzione di sesquicloruro di ferro all' 1 %. Ma a tali lavande si ricorrerà solo quando c'è nausea e vomito di coaguli sanguigni.

Le emorragie occulte di solito non richiedono l'emostasi; ma in alcuni casi lo stillicidio si prolunga tanto da provocare un'anemia secondaria che ostacola la guarigione dell'ulcera, sono allora necessarie la trasfusione e le iniezioni quotidiane di cacodilato di soda.

Qualora l'ematemesi profusa si ripete a breve scadenza è necessario ricorrere all'intervento chirurgico ma sempre dopo che l'emorragia sia arrestata ed il paziente si trovi in condizioni convenienti. Ma di regola l'emorragia gastrica dovuta all'ulcera cede al trattamento medico e solo di rado è necessario ricorrere ad atti operativi.

Grande importanza ha il regime dietetico. L'alimentazione per bocca può essere ripresa al secondo o terzo giorno in caso di emorragia occulta ed un giorno dopo la cessazione dell'ematemesi e quando non vi sia nè nausea nè vomito in caso di emorragia profusa. Comunque all'inizio dell'alimentazione per bocca le sensazioni del paziente devono costituire la guida. Quando c'è iperacidità ed ipersecrezione, pirosi e senso doloroso di fame non bisogna interrompere l'alimentazione orale anche quando persiste l'emorragia occulta.

Nell'emorragia in atto i sintomi di acidità scompaiono o diminuiscono perchè il sangue stravasato neutralizza i succhi gastrici: da ciò la necessità di tenere conto delle sensazioni del paziente.

Comunque l'alimentazione s'inizia dando due cucchiai di latte ghiacciato ogni ora dalle 7 alle 22 ed anche durante la notte se il paziente non dorme. In caso di tolleranza la quantità è duplicata al secondo giorno e triplicata al terzo. L'esperienza insegna che il latte è gradito anche dai pazienti che avevano per esso una avversione irriducibile. Contemporaneamente può essere somministrato per il retto un mezzo litro di soluzione di glucosio al 10-20 % o anche di semplice soluzione fisiologica. Hamburger preferisce l'acqua semplice nella idea che il sale ed il glucosio deter-

minano contrazioni riflesse dello stomaco, ma l'esperienza invece dimostra che le soluzioni di sale e di glucosio sono meglio assorbite e provocano minore irritazione del colon.

Durante questi tre giorni la vescica di ghiaccio può essere sostituita da compresse alla Priesnitz da cambiarsi ogni dodici ore.

Al quarto e quinto giorno si daranno 200 gr. di latte tiepido ogni due ore dalle 6 alle 22, aggiungendo una volta si ed una no due cucchiai di crema. Se il paziente tollera questa alimentazione, al quinto e sesto giorno si daranno ogni tre ore 200 gr. di latte tiepido con 50 gr. di crema, si aggiungeranno una volta si ed una no due uova leggermente cotte.

In questo periodo gli eventuali dolori gastrici si allevieranno con cataplasmi di lin seme o con applicazioni di acqua calda all'epigastrio per una o due ore al mattino e nel pomeriggio.

Dopo il settimo giorno dall'ematemesi può essere permessa la seguente dieta: ore 7 200 gr. di latte e 50 gr. di crema; ore 9, farina bollita a bagno maria nel latte, un uovo alla cocca ed una fetta di pane abbrustolito con burro; ore 12 due uova alla cocca, farina d'avena cotta per due ore nel latte a bagno maria e burro, una fetta di pane abbrustolito con burro; ore 15, 200 gr. di latte, 50 gr. di crema, due fette di pane abbrustolite con burro; ore 18, riso cotto nel latte per due ore a bagno maria, due uova alla cocca, due fette di pane abbrustolito con burro; ore 21, 200 gr. di latte, 50 gr. di crema, due biscotti. Durante la notte, se il paziente lo desidera può essere dato ancora del latte.

La dieta del 10°, 11° e 12° giorno sarà la seguente: ore 7, 200 gr, di latte, 50 gr. di crema, 3 biscotti con burro; ore 9, farina preparata come sopra, un uovo battuto, due fette di pane abbrustolito con burro; ore 12, 50 gr. di carne di vitello, d'agnello o di pollo triturata e fritta nel burro, due cucchiai di patata schiacciata con burro, spinaci o carote sotto forma di purée, due fette di pane abbrustolito con burro; ore 16, 200 gr. di latte, 50 gr. di crema, 3 biscotti con burro; ore 19, cereali, 2 uova alla cocca, due fette di pane abbrustolito con burro, spinaci o carote; ore 22, una tazza di latte caldo,

La dieta del 13° e 14° giorno sarà la seguente: ore 7, latte e crema, 2 biscotti; ore 9, cereali, due uova battute o alla cocca, pane abbrustolito e burro; ore 12, 100 gr. di zuppa di farina orzo molto fitta, 75 gr. di carne di bue o di pollo triturata, o di cervello di vitello o di pesce bollito, 100 gr. di patate, spinaci, carote, piselli verdi, cavolfiore sotto forma di purée, 50 gr. di torta di riso, un pezzo di pane abbrustolito se desiderato; ore 16, 200 gr. di latte con 50 gr. di crema e cacao se desiderato, tre biscotti con burro; ore 19, due uova alla cocca, pane abbrustolito e burro; ore 22, latte e crema.

Al principio della terza settimana si può concedere al paziente di levarsi dal letto con la intesa che egli deve passare la maggior parte del giorno sdraiato su di una poltrona.

La dieta per la terza settimana è la seguente: ore 7, latte, crema e pane; ore 9, cereali, due uova battute o alla cocca, pane abbrustolito e burro; ore 12,30, zuppa di cereali, carne, 100 gr. di patate schiacciate con burro, purée come nei giorni precedenti, marmellata; ore 16, latte con cacao, caffè o thè leggero e biscotti; ore 19 uova o prosciutto cotto magro, crema, pane, burro, vegetali cotti; ore 22 latte e crema.

Durante la seconda e terza settimana il paziente è superalimentato con l'intento di fargli riguadagnare il peso perduto ed anche di aumentarlo.

Durante la quarta e quinta settimana gli si può concedere di uscire per brevi passeggiate; inteso restando che dopo ogni pasto leggero è necessario un breve riposo e dopo i pasti principali un riposo almeno di uno o due ore. La dieta è la stessa di quella della terza settimana con aumento della quantità se è desiderato dall'infermo, e così si protrarrà per quanto più è possibile fino a completa guarigione.

Come trattamento farmaceutico è stata consigliata la somministrazione di 10-20 gr. di sottonitrato di bismuto in 150 di acqua carbonata non effervescente, un sorso una mezz'ora prima della colazione. Essa serve come antacido, è alquanto emostatica e ricopre come uno strato la parete gastrica.

Molto efficace è stato trovato il metodo di Bourget di somministrare dopo ciascun pasto il bicarbonato di soda. Questo passa direttamente nel duodeno regolando l'apertura del piloro, superando lo spasmo e determinando un più rapido svuotamento dello stomaco. Questa proprietà delle soluzioni di bicarbonato di soda indica che l'effetto antacido non sta nella sua concentrazione ma nell'azione riflessa sul duodeno. Non sono quindi necessarie grandi dosi che potrebbero riescire dannose.

La formula originale (bicarbonato di soda gr. 1, fosfato di soda centigr. 30, solfato di soda centigrammi 20 in mezzo bicchiere di acqua) può essere alternata con l'altra: bicarbonato di soda gr. 1, carbonato di magnesia centigr. 50, citrato di soda centigr. 50, in mezzo bicchiere di acqua da prendersi mezz'ora dopo i pasti leggeri e due ore dopo quelli principali.

Qualora la dieta lattea e la somministrazione di alcalini determinassero diarrea, si può aggiungere a metà delle cartine di bicarbonato prese

durante il giorno un grammo di bismuto. Qualora il pilorospasma persistesse nei primi giorni si potrà dare il solfato di atropina per iniezione di mezzo milligramma.

Non devono essere trascurate le condizioni generali del paziente: occorre il riposo, il lavaggio della bocca con alcalini dopo ogni pasto, il lavaggio con spugna di tutto il corpo due volte al giorno.

Quando il soggetto ritorna alle proprie occupazioni deve almeno per sei mesi continuare in un regime dietetico molto simile quello a indicato per la quinta settimana. In ogni caso devono essere evitati gli strapazzi corporei, gli eccitamenti psichici, ridotto l'uso del tabacco, inibito l'uso di droghe irritanti, di alcool, di frutta contenenti semi.

Il sistema di cura sopra indicato sembra il più razionale ed ha dato in pratica eccellenti risultati: la buona guarigione è la regola.

Comunque la cura del paziente non può terminare, essa deve ancora continuare sia per combattere i fattori causali dell'ulcera, che persistono dopo la guarigione di questa per eliminare la possibilità di recidive, sia per curare le eventuali conseguenze del processo di cicatrizzazione dell'ulcera stessa.

Al riguardo bisogna tener presente la vagatonia, la enteroptosi congenita o acquisita con la conseguente atonia, l'anemia secondaria, il catarro gastrico, l'ulcera coesistente con sub- o anacidità, la stenosi benigna.

La vagatonia con la sua tendenza alla ipersecrezione, alla iperacidità, alla iperperistalsi aggrava i disturbi gastrici quando l'ulcera è già formata. Per combattere la vagatonia oltre gli alcalini e la atropina (solfato di atropina per iniezione mezzo milligramma due volte al giorno, belladonna in polvere uno o due centigr. un'ora dopo i pasti, o sotto forma di suppositori) giovano le spugnature fresche o tiepide, le compresse di Priesnitz.

Quando esiste enteroptosi è indispensabile il più assoluto riposo non solo per la cura dell'ulcera, ma anche per migliorare le condizioni generali del paziente. Durante i primi giorni dopo l'ematemesi non sono consigliabili i pasti frequenti: la motilità è lenta e la permanenza dell'alimento nello stomaco eccita la secrezione, per modo che si avrebbe un'acidità che non potrebbe essere neutralizzata da dosi di alcalini anche molto forti.

Per tre o quattro giorni quindi conviene dare il cibo ogni tre ore. E quando si giunge al periodo nel quale si possono dare più grandi quantità di alimenti conviene attenersi a quelli semi-solidi (farine cotte nel latte, purée, gelatina, frutta cotte, ecc.), e ciò perchè l'eccessiva quantità di liquido provoca diminuzione del tono muscolare dello stomaco. Per facilitare lo svuotamento dello stomaco conviene che dopo ciascun pasto il paziente giaccia sul lato destro da mezza ad un'ora. Se ci sono segni di ritenzione gastrica è opportuno procedere a lavande gastriche con soluzioni alcaline. D'altra parte è necessaria una una cura tonico-ricostituente generale a base di ferro, arsenico, fosforo e stricnina. Giova pure l'applicazione di fasce contentive addominali.

L'anemia che molto comunemente accompagna l'ulcera gastrica deve essere energicamente curata. Essa può essere causa della formazione di nuove ulcere. Eventualmente si ricorrerà alla trasfusione ripetuta anche più volte.

Il catarro gastrico con sub- o anacidità ed anche iperacidità può essere il risultato del ristagno e fermentazione di alimento secondario all'ulcera, o può essere l'esponente di un'affezione circolatoria, o metabolica o alcoolica coesistente con l'ulcera.

In generale quando e secondario all'ulcera cede alle stesse cure istituite per guarire il processo ulcerativo. Nei casi di sub- o anacidità giovano le acque cloruro-sodiche, nella iperacidità le acque alcaline ed eventualmente le lavande gastriche. Nelle forme discrasiche si curerà anche la malattia generale.

In alcuni casi l'ulcera gastrica si accompagna a sub- o anacidità senza catarro. Questo stato si è attribuito alla stanchezza delle glandule peptiche in seguito alla prolungata superattività. Ma non è dubbio che altri fattori possono determinarlo. Le vagotonie durante o dopo la media età si trasformano in simpaticotonie, per modo che l'iperacidità si cambia in sub- o anacidità. D'altra parte le aderenze post-ulcerative possono diminuire la contrattibilità dell'intero stomaco donde la diminuzione della secrezione. Se il disturbo è dovuto a simpaticotonia occorre curare il sistema nervoso: vita regolare senza eccitamenti o strapazzi, dieta più che mai rigorosa con proibizione assoluta di cibi irritanti. L'acido cloridrico non è indicato, giovano invece le acque alcaline. Si può tentare la cura di paratiroide (0.001 a 0.01 dopo ciascun pasto). Quando la sub- o anacidità è determinata da aderenze giovano le applicazioni calde (compresse, fango, diatermia), che valgono a restituire la motilità allo stomaco. In caso di insuccesso ricorrere all'intervento chirurgico,

La causa più frequente di ritardo dello svuotamento dello stomaco è l'ulcera sclerosante del piloro. Nei casi in cui l'ostruzione è tale da impedire il passaggio del cibo dallo stomaco nel duodeno non c'è altra cura che quella chirurgica. Ma quando il passaggio stesso è ostacolato unicamente dall'atonia gastrica, dal pilorospasmo o

da una pilorite, il trattamento medico può dare buoni risultati.

Giovano in questi casi le lavande gastriche con soluzione di bicarbonato di soda, ma effetti più sicuri si hanno da una dieta appropriata, tenendo presente che occorrono alimenti che non eccitino la secrezione gastrica e possano facilmente passare attraverso il piloro. Per i primi tre giorni si darà: alle ore 7.30, 11 e 17, dopo lavanda: somministrazione di acqua alcalina, 120 gr. di latte sporato, 40 gr. di acqua calda e 20 gr. di acqua di calce; alle ore 9 e 15: 120 a 150 gr. di farina di orzo ben cotta e passata allo staccio; alle ore 11 e 21.30: Crema sospesa nel latte sporato e dimezzata con acqua, gr. 150. Contemporaneamente può essere somministrato per il retto una soluzione di glucosio.

Dopo il terzo giorno sino alla fine della prima settimana la dieta deve essere la seguente: ore 7.30: gr. 200 di latte con cacao; ore 9.30: 200 gr. di pappa d'orzo ed un uovo alla cocca; ore 12.30: 250 gr. di latte con crema; ore 15: 200 gr. di latte con metà di acqua di calce; ore 17: un uovo alla cocca; ore 19: cacao come sopra ed un uovo alla cocca; ore 21.30: 250 gr. di latte con acqua di calce.

Durante la seconda settimana si dà: ore 7 acqua alcalina; ore 7.30: 250 gr. di latte, un uovo; due fette di pane ab. con burro; ore 10.30: 250 gr. di pappa di farina con latte, un uovo alla cocca, una fetta di pane ab. con burro; ore 13.30: purée di patate, di spinaci e carote con burro, un uovo alla cocca con pane ab.; ore 16.30: cacao con due biscotti; ore 19.30: pappa di cereali con latte, due uova alla cocca, 150 gr. di latte, una fetta di pane ab. con burro.

Durante la terza e quarta settimana può essere aggiunta della carne triturata. In ogni caso devono essere sempre consigliate le bevande alcaline; in caso di pilorospasmo dare la belladonna; ed in caso di anemia praticare cure ricostituenti con iniezioni di cacodilato di soda. Dopo ciascun pasto principale il paziente deve rimanere da una a mezz'ora in decubito laterale destro. È consigliabile l'uso di una fascia contentiva.

Le forme più accentuate di stenosi pilorica richiedono un trattamento più rigoroso, tenendo presente che i disturbi dipendono dall'iperemia della mucosa gastrica e dalla pilorite come dall'ulcera callosa stessa. Il paziente deve mantenere il riposo più assoluto per tre o quattro settimane, e praticare lavande gastriche per modo che siano allontanati del tutto i residui alimentari che si trovano nello stomaco. Per i primi giorni la alimentazione deve essere esclusivamente rettale: 400 gr. di soluzione di glucosio al 10 % con 30 gr. di alcool a 50°, due volte al giorno; oppure: 400 gr. di latte peptonizzato, 400 gr. di crema, 1 gr. di pancreatina, 5 gr. di bicarbonato di soda, il tutto sospeso in un 400 gr. di siero fisiologico; questa mescolanza deve essere iniettata in 4 volte durante il giorno, aggiungendo eventualmente delle goccie di tintura di oppio.

Quando il paziente ricomincia ad alimentarsi per la bocca conviene dare cibi che passino facilmente per il piloro e per i quali non sia necessaria una lunga digestione gastrica: avranno quindi la prevalenza i carboidrati. In ogni modo la dieta precedentemente indicata sarà modificata secondo la tolleranza.

Einhorn ha ideato uno speciale istrumento per forzare gradatamente la stenosi pilorica. Ma è dubbio che questo metodo possa dare buoni risultati. In ogni caso se la stenosi e di tal grado da richiedere l'applicazione di strumenti, non resta che ricorrere all'intervento chirurgico.

L'ulcera gastrica adunque nella grande maggioranza, o quasi totalità dei casi richiede una cura puramente medica, la quale in fine dei conti si riduce ad emorragia avvenuta, ad un trattamento di riposo e di dieta particolare. Negli individui predisposti o guariti è necessario un regime di vita rigoroso.

DR.

Trattamento chirurgico dell'ulcera gastrica.

(V. PAUCHET. *Paris Médical*, 7 dicembre 1918).

La metà dei cancri umani ha sede sullo stomaco e i tre quarti di questi cancri sono innestati su antiche ulcere croniche per lo più disconosciute. Manca nella maggioranza dei casi la sindrome classica dell'ulcera (emorragie, vomiti, doloroi violenti), e si hanno soltanto rigurgiti acidi, eruttazioni gassose, dolori o malessere epigastrico, che il bismuto, il bicarbonato di sodio, ecc., calmano ordinariamente. Tali disturbi durano per giorni, per qualche settimana; poi scompaiono, ma recidivano quasi sempre ed in maniera più grave. Gli ammalati che ne sono affetti vengono presi per ipercloridrici o neuropatici, e solo con un esame clinico accurato, con ricerche chimiche del contenuto gastrico, con lo studio coprologico, con l'esame radiologico si può giungere all'esatta diagnosi.

Anestesia. — Per una semplice gastro-enterostomia, l'anestesia locale della parete, dall'appendice xifoide all'ombelico, con una soluzione di novocaina all'1 p. 200, è sufficiente. Per la gastrectomia, bisogna completarla con l'anestesia paravertebrale o con la rachianestesia dorso-lombare o con una inalazione corta di cloruro d'etile durante i tempi viscerali dolorosi. La resezione e

le suture gastriche sono indolore, ma gli stiramenti sono penosi.

Esplorazione. — Appena aperto il ventre, accertarsi che non vi siano lesioni di un altro organo addominale (appendice, pancreas, vescichetta biliare, intestino, duodeno, ecc.) che per riflesso possano provocare turbe gastriche: esplorare in seguito tutto lo stomaco. Riconosciuta la presenza dell'ulcera, la condotta dipenderà dagli accidenti e dalla sede di essa.

1° CASO: *Stenosi piloro-duodenale.* — Può dipendere dalla cicatrizzazione di un'ulcera pilorica o da aderenze vicine. Gastro-enterostomia come trattamento.

2° CASO: *Ulcera gastro-pilorica.* — Bisogna fare una gastrectomia, perchè l'ulcera gastrica cicatrizzata può degenerare in cancro o recidivare. Se lo stato generale del soggetto è scadente, bisognerà fare l'operazione in due tempi: prima una gastro-enterostomia, un mese più tardi la pilorectomia.

3° CASO: *Ulcera della piccola curvatura.* — È il caso più frequente. La gastro-enterostomia può dare la guarigione, ma spesso il paziente continua a soffrire, e la lesione può essere punto di partenza di emorragie o divenire sede d'un carcinoma.

Il trattamento di scelta è la resezione.

Se l'ulcera è piccola, non perforante, con scarse aderenze, può tentarsi l'escisione a cuneo, seguita da sutura dello stomaco nel senso della larghezza. Nei casi abituali è preferibile la gastrectomia larga, con soppressione del piloro, della piccola tuberosità e dell'ulcera ed anastomosi della grossa tuberosità con il digiuno.

La tecnica di questa operazione è la seguente: Si disinserisce il grande epiploon dalla grande curvatura per una lunghezza di 10-12 centimetri; si seziona il duodeno fra due klemmer e si chiude il capo duodenale a borsa di tabacco; si disinserisce l'epiploon gastro-epatico dalla piccola curvatura fino a 2-3 centimetri al di là dell'ulcera, e, se l'ulcera è perforante, se è penetrata nel fegato o nel pancreas, si disseca lo stomaco dal fondo dell'ulcera; si seziona e si chiude con un sopragitto a borsa di tabacco lo stomaco; si fa passare un'ansa del digiuno attraverso la breccia del meso-colon traverso e si anastomizza con la faccia posteriore o anteriore dello stomaco; si chiude la breccia meso-colica suturandola all'anastomosi gastro-digiunale, si peritonizzano le superfici sanguinanti a mezzo del grande epiploon e si termina con la chiusura del ventre.

4° CASO: *Stomaco ad orologio a polvere.* — È la conseguenza di un'ulcera cicatriziale della piccola curvatura. Guardarsi dal fare un'anastomosi gastro-gastrica e ancora meno una gastroplastica con sezione della cicatrice.

Se il soggetto è in cattive condizioni, potrà permettersi una gastro-enterostomia fra la tasca superiore e il digiuno; ma quattro o cinque settimane dopo si completerà l'operazione con una gastrectomia, per evitare la produzione di un'ulcera peptica e la riproduzione di accidenti gravi.

Se il soggetto non è cachettico, l'operazione si farà come per l'ulcera della piccola curvatura, sezionando lo stomaco immediatamente al disopra del restringimento medio-gastrico, sopprimendo ad un tempo il restringimento, la tasca inferiore e il piloro, e anastomizzando la tasca superiore con il digiuno.

L'esame coprologico fa constatare che per qualche mese gli operati possono digerire le fibre muscolari. Più tardi questa funzione si ristabilisce, probabilmente per il riformarsi di glandole a pepsina.

5° CASO: *Ulcera perforante.* — Laparatomia d'urgenza e nelle prime ore se si vuole avere un buon risultato: quando la peritonite è dichiarata l'insuccesso è la regola. Il trattamento ideale consisterebbe nel fare una gastro-pilorectomia, ma quasi sempre bisogna limitarsi alla sutura dei bordi dell'ulcera che sarà prudente consolidare con un frammento d'epiploon. Dopo qualche mese, se persistono turbe gastriche (come è la regola), bisognerà fare una gastrectomia secondaria.

6° CASO: *Ulcera emorragica.* — L'emorragia di media gravezza s'arresta spontaneamente, sopratutto se si fanno lavaggi di stomaco con soluzione fisiologica calda. Se bisogna intervenire d'urgenza (ciò che è raro), l'operazione più facile è la gastro-pilorectomia, come nei casi precedenti. La legatura semplice della coronaria stomachica, la sutura dei vasi che sanguinano attraverso un'incisione transgastrica, l'escisione semplice dell'ulcera sono metodi più traumatizzanti, perchè più difficili.

Cure pre- e post-operatorie. — Cure pre-operatorie: disinfezione del naso, evacuazione dell'intestino, lavaggi di stomaco, sorveglianza della pelle del sacro, pulizia accurata dei denti e della bocca. Somministrazione di sostanze idrocarbonate e alcaline per qualche giorno, per evitare l'acidosi: se il piloro è impermeabile limitarsi ad instillare per il retto soluzioni alcaline e zuccherate. Utile la fleboclisi di un litro di siero d'Enriquez la mattina dell'operazione.

Cure post-operatorie: lavaggi di stomaco con acqua salata calda o acqua ossigenata se il malato vomita, bevande alcaline e zuccherate se non vi è vomito, rettoclisi, posizione assisa per evitare la stasi polmonare, sospensione dell'alimentazione propriamente detta fino all'ottavo giorno. In caso di complicazioni respiratorie (rare con l'anestesia locale o rachidiana), fare inalare vapori

d'acqua e d'eucaliptus, ventose, iniezioni sottocutanee d'olio gomenolato.

Alcune raccomandazioni di tecnica. — Durante l'operazione, toccare con la tintura di iodio le linee di sutura, prima d'infossarle.

Servirsi del catgut cromato oo per le suture perforanti e non di fili di lino o di seta che sono il punto di partenza d'ulcere peptiche.

Cambiarsi i guanti prima di suturare la parete.

Non dimenticarsi mai di chiudere la breccia mesocolica.

Che l'ansa intestinale non sia nè troppo lunga, nè troppo corta, nè torta.

Curare l'emostasi.

Procedere con dolcezza. Non tirare sui tessuti nè contusionarli. B. MASCI.

Perchè si devono resecare le ulcere gastriche.

(P. CARNOT. *Paris Médical*, n. 49, 7 dic. 1918).

Attualmente si è press'a poco d'accordo sulle grandi indicazioni del trattamento chirurgico dell'ulcera. Esse sono:

1° Le crisi dolorose particolarmente intense e ricidivanti, che si hanno per lo più nei processi ulcerativi terebranti;

2° Le emorragie inquietanti, sia che si tratti di grandi ematemesi recidivanti, sia che si tratti di stillicidi permanenti, scoperti solamente con l'analisi delle feci e che, tuttavia, anemizzano e indeboliscono;

3° Il timore di una perforazione, generalmente limitata da aderenze, ma interessante le regioni perigastriche e spesso infettante;

4° La produzione di un'ulcera callosa, che spesso degenera in cancro;

5° La stenosi pilorica o iuxtapilorica, più o meno accentuata.

Ma a lato di queste indicazioni primordiali, che generalmente impongono senza discussione l'intervento chirurgico, la sola diagnosi dell'ulcera ci spinge spessissimo anche, a titolo preventivo, a desiderare di sopprimere, per l'avvenire, le tre grandi complicazioni che possono sopravvenire anche nei casi in apparenza i più benigni: la minaccia di emorragia, di perforazione e di metamorfosi cancerigna.

Ordinariamente l'intervento chirurgico consiste o nella gastro-entero-anastomosi o nella resezione dell'ulcera.

La gastro-entero-anastomosi non ha alcuna pretesa di guarire radicalmente l'ulcera: essa permette solamente l'evacuazione rapida e il drenaggio permanente dello stomaco, e quindi mette l'ulcera nelle buone condizioni di cicatrizzazione, senza però sopprimerne il rischio di complicazioni.

La resezione dell'ulcera, facendo scomparire l'ulcera stessa sopprime i pericoli d'emorragia, di perforazione, d'infezione, di metamorfosi cancerigna ch'essa presenta. Se però tale operazione sembra di gran lunga superiore alla gastro-enteroanastomosi come metodo preventivo di accidenti futuri, essa non dà ancora che una certezza relativa di guarigione, perchè, non sopprimendo le cause stesse dell'ulcera, non impedisce ogni possibilità di recidiva.

Il trattamento medico, malgrado le sue imperfezioni, deve dunque, in ambedue i casi, sopravvivere all'atto operatorio per impedire il processo che mena alla formazione dell'ulcera.

La gastro-enterostomia ha per scopo l'evacuazione immediata del contenuto gastrico per una comunicazione anormale, per cui lo stomaco è mantenuto in un riposo funzionale: la vascolarizzazione, la secrezione glandolare, la motilità si modificano; il lavoro d'auto-digestione diminuisce per il fatto che i succhi digestivi non soggiornano più nello stomaco e sono alcalanizzati immediatamente dalla secrezione duodenale; i disturbi dovuti alla stenosi pilorica scompaiono in seguito alla comunicazione extrapilorica fra lo stomaco e il tenue; si sopprime insomma ogni irritazione dell'ulcera e se ne favorisce la cicatrizzazione. Le conseguenze di quest'operazione relativamente benigna e così in voga, sono un miglioramento rapido, la scomparsa dei dolori, la cessazione delle emorragie, la ripresa della nutrizione generale.

Purtroppo però, per quanto seducenti possano sembrare le conseguenze immediate della gastro-enterostomia, le conseguenze lontane sono molto meno brillanti. Nei casi più favorevoli, il maggior numero dei gastro-enterostomizzati soffrono solamente di disturbi digestivi, dovuti ora al cattivo funzionamento della bocca, ora al fatto che la bocca artificiale non serve perchè il piloro è restato od è ridivenuto pervio, ora ad un circolo vizioso, ad una lesione della bocca stessa per ulcerazione, stenosi o cancerizzazione, ad evacuazioni dello stomaco nell'intestino troppo rapide, troppo voluminose e provocanti meteorismo, diarrea; qualche volta, malgrado il buon funzionamento della bocca, i disturbi sono legati ad uno sviluppo progressivo della lesione che non retrocede come s'era sperato; qualche volta si costituiscono altre ulcere che evolvono per conto loro; altre volte sono le ulcere digiunali peptiche, le aderenze e le retrazioni che provocano gli accidenti.

Altre volte, per contro, si vedono ricomparire le grandi complicazioni dell'ulcera che s'era voluto evitare. Così la gastro-enterostomia non ha potuto impedire le emorragie precoci o tardive, e ciò si comprende facilmente poichè l'ulcera è rimasta ed è noto che tutte le ulcere, anche le cicatriziali, hanno tendenza alle emorragie.

Si può dire lo stesso per un'altra grande complicazione, la perforazione, sopratutto quando l'ulcera ha sede sulla faccia anteriore dello stomaco, sulla grande curvatura o sulla grossa tuberosità, regioni particolarmente esposte e poco suscettibili di aderenze.

Infine, dopo la gastro-entero-anastomosi, si osserva troppo spesso la complicazione più grave: la cancerizzazione dell'ulcera. Si sa quanto sia frequente, al di fuori di ogni trattamento, la trasformazione neoplasica dell'ulcera, sopratutto della forma callosa. Ora, la gastro-enterostomia, pur sopprimendo le cause d'irritazione che hanno tanta importanza nello sviluppo di una neoplasia, s'è dimostrata insufficiente ad impedire lo sviluppo tardivo di un cancro.

La resezione dell'ulcera, accompagnata spesso da una larga resezione dello stomaco, estirpando il male contrariamente alla gastro-enterostomia, cerca di sopprimere tanto gl'inconvenienti immediati che i lontani, e perciò è un'operazione superiore alla gastro-enterostomia. Sembra che la ragione principale per cui sia così raramente praticata consista nella difficoltà operatoria ed anche in una percentuale abbastanza elevata di morti immediate. Tuttavia la tecnica della resezione s'è a tal punto migliorata che in mani esperte non dà una mortalità più elevata di quella che danno le operazioni palliative (Iedlika). Nelle loro statistiche, i fratelli Mayo non contano, su 78 operazioni (38 escisioni, 40 resezioni), che due morti: Moynihan non ha avuto che un decesso su 51 casi.

Subito dopo la resezione, vale a dire dopo la soppressione dell'ulcera, si produce un miglioramento considerevole, molto più rapido che con la semplice anastomosi: i malati non vomitano più, non soffrono, si nutrono, ingrassano. La secrezione gastrica, troppo abbondante e troppo acida prima dell'operazione, ritorna normale dopo la resezione dell'ulcera. I disturbi digestivi cessano completamente. L'ulcera, essendo stata resecata, non sanguina più, non infetta più le parti vicine, non rischia più di perforarsi. Infine il più importante argomento in favore della resezione proviene dalla soppressione del rischio di cancerizzazione, se si ha una cura di estirpare per tempo l'ulcera non ancora sede di neoplasma. E per precauzione, tutte le volte che si ha a che fare con un'ulcera indurita, callosa, a nicchie profonde, con tendenza alla proliferazione epiteliale dei bordi o del fondo, si deve sistematicamente comportarsi come in presenza di un cancro, estirpando largamente e a grande distanza e curando i gangli.

Se la resezione benfatta dell'ulcera (con estirpazione generosa della mucosa suscettibile di diminuire l'ipersecrezione gastrica, suscettibile anche d'estirpare ogni germe neoplasico iniziale), dà una prognosi molto più favorevole che la semplice gastro-entero-anastomosi, per contro essa non dà ancora una sicurezza assoluta, e ciò da una parte per la coesistenza di più ulcere nello stesso soggetto e dall'altra per la possibilità di recidive.

La coesistenza di più ulcere nello stesso stomaco è molto più frequente di quel che non si ammetta da alcuni autori. Carless ammette nel 13 p. 100 dei casi la presenza di più ulcere; secondo Brinton vi sarebbero due ulcere una volta almeno su cinque. Di qui la regola che la scoperta di una prima ulcera non deve dispensare dalla ricerca di altre. D'altra parte, più la resezione è larga più si ha probabilità di sopprimere le ulcere, data la loro sede d'elezione.

La frequenza delle recidive è facile a comprendersi, per la ragione che non si agisce sulla causa, ancora così problematica, dell'ulcera e che, questa causa persistendo, altre ulcere possono prodursi dopo estirpazione della prima. Ma tale possibilità non deve distogliere dall'operazione, sia perchè relativamente rara, sia perchè la resezione larga della mucosa, nei suoi punti fragili, diminuisce questa possibilità diminuendo l'ipersecrezione gastrica, sia infine perchè la tecnica moderna della resezione comporta anche simultaneamente la gastro-entero-anastomosi, che, a sua volta, aumenta le condizioni preventive favorevoli.

Si deve tuttavia ritenere da questi due fatti (molteplicità e recidive delle ulcere) la conseguenza pratica importantissima che il processo patogeno non è interamente soppresso con l'atto operativo. Per lo stesso motivo, ogni resecato, come ogni gastro-enterostomizzato, deve restare sotto sorveglianza medica ed essere sottomesso preventivamente ad un trattamento e ad un regime diretti contro l'ipersecrezione e contro la produzione delle ulcere.

B. MASCI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. BENEDETTO DEL TRONTO.

Tossiemia (?) tubercolare e sieroterapia interumana

per il dott. A. MILIANI.

Il caso che sto per riferire non appare privo di interesse pratico.

Si tratta di una donna dell'età di 43 anni certa G. M. F. di Giulianova, colona, la quale mi venne affidata dal dottor Micheli primario medico. La storia è la seguente quale mi vien dato ricostruirla sui miei appunti in luogo lontano.

Gentilizio immune. Precedenti personali negativi. È pluripara, non ha mai avuto a soffrire nelle gravidanze e nei parti. Da tre anni le mestruazioni si sono fatte irregolari per tempo e per quantità. Le metroraggie ripetute degli ultimi tempi la consigliano a meglio provvedere.

È di costituzione robusta, non denutrita, pallida, colla cute e mucose scolorate.

Esame dell'apparato sessuale. — Genitali di pluripara. L'esame collo speculum dimostra una piccola quantità di sangue in vagina e sulla portio. L'esame bimanuale da un utero grosso come al secondo mese. Il corpo dell'utero è liscio duro non bernoccoluto. È mobile. A carico degli annessi non si avverte nulla di notevole. L'esame della sonda ci da una cavità della lunghezza di centimetri 10 circa. Con questo si provoca l'immediato riprodursi dell'emorragia. L'esame generale dell'ammalata fa notare la milza un poco debordante. L'addome floscio permette di bene esplorare gli altri visceri che riscontro normali.

Ammessa nell'Ospedale (marzo 1916) con diagnosi di mioma utrino sottomucoso, ulcerato (polipo) noto che la temperatura nei due pomeriggi che precedettero l'intervento si elevò a 37.2° e 37.5°. Si attribuisce questo fatto all'esame e alla preparazione. Polso 92 - ritmico regolare, apparato cardiovascolare normale; normali le urine.

Escludiamo facilmente di avere a che fare con un'endometrite comunque insorta per la mancanza di dolori irradiati, per lo stato vasale generale, per il volume dell'organo, per la secrezione mucosa scarsa per i caratteri della metrorragie ecc., e con un processo maligno per la durata, la qualità del secreto, la libertà dei parametri, l'assenza di ghiandole palpabili, lo stato generale, il decorso, la poca dolorabilità alla pressione, ecc. Ciò nondimeno, si ritiene di dovere intervenire radicalmente, perchè il volume dell'organo ci autorizza a pensare che il processo miomatoso lo abbia invaso profondamente.

In rachenestesia novococainica, pratico, colla preziosa assistenza del dottor Micheli l'isterectomia vaginale. Giunto ad aprire il fornice posteriore fuoriesce improvviso un getto liquido del volume di circa mezzo litro. Estratto l'organo si nota che la faccia peritoneale di esso è costellata di piccoli punti biancastri del diametro di una capocchia di spillo, dall'aspetto di tubercoli. Si asporta l'ovaia sinistra ingrossata, indurita, procidente. Si tampona.

Si drena la vescica con un catetere Petzer.

L'ammalata la sera ha una elevazione termica a 38.5° accompagnata da brividi. Polso 120, respiro 35. Si lagna di cefalea a tipo frontale. Dopo una notte insonne, agitata, si trova la temperatura a 38.8° polso 120 respiro 35. Persiste la cefalea. Durante la notte ha sudato. Accusa spossatezza. Alla sera la temperatura è a 39°, polso 130, respirazioni 35, urina un litro circa carica, lievemente albuminosa. Le condizioni sono alquanto peggiorate. Nulla di notevole a carico dell'addome: ha avuto emissione di gas. Si pratica un'ipodermoclisi di 200 cc. Dopo la seconda notte quasi insonne la temperatura è discesa a 38°.2. Però le condizioni genrali sono gravi, il polso vuoto è 130, respiro 35. La malata madida di sudore è soporosa a tratti; si lamenta di cefalea e di dolori nucali. Anorresia. Allentati gli zaffi, si ha una scarica alvina. Esaminata si trova inizio di ipostasi alle basi. Alla sera la temperatura ascende a 40°, polso 140, la malata è dispnoica con lingua arida, con cefalea aumentata, e senso di legatura alla nuca. In questi condizioni pratico l'iniezione sotto cute di 20 cc. di siero di sangue che nei giorni precedenti avevo prelevato a un giovane non sifilitico da me un mese prima operato di asportazione di ghiandole tubercolari parotidee sinistre caseificate e già guarito. La paziente riposa nella seconda metà della notte, e la mattina trovo il quadro cambiato. Temperatura 36°.8, polso 100, respirazione 30. La temperatura così caduta per crisi non fu accompagnata da diaforesi ma da poliuria. La malata è serena e tranquilla. Nei giorni che seguirono la temperatura serale non superò mai i 38°. In sesta giornata tolsi gli zaffi. Al ventesimo giorno la paziente usciva dall'ospedale, e in capo a poche medicazioni poteva dirsi guarita. La sezione dell'utero dimostrò un polipo della grossezza di un pollice, ulcerato, impiantato nei pressi dell'angolo tubarico sinistro, che qui si fondeva colla muscolatura dell'organo.

Questo caso presenta delle analogie del XXIII che pubblicai nella Rivista ospitaliera del 1913. (Di alcuni saggi di sieroterapia antitubercolare interumana in rapporto anche ad arresto di emotisi).

In questo giovane che presentava un poliadenite tubercolare la temperatura da molte sere si elevava al di sopra dei 39°. Cadde per crisi dopo una iniezione di 10 cc. di siero di sangue di individuo guarito di sierosite tubercolare.

In questo caso supponemmo che il siero antitubercolare umano agisse contro le tossine tubercolari e poi coll'intermediario di queste sul processo. Difatti vi fu repentina caduta della temperatura (azione antitossica). La biopsia dimostrò inoltre ghiandole caseificate senza germi e si conseguì guarigione clinica dopo una serie di iniezioni di s. s. antitubercolare umano. Per errore mancò la prova biologica, che avrebbe eliminato ogni dubbio sulla permanenza e virulenza dei germi tubercolari.

Nel caso presente il processo tubercolare era all'inizio come lo dimostra l'aspetto dei tubercoli sulla sierosa uterina. L'intervento aprì largamente delle vie di assorbimento ai bacilli di Koch e alle loro tossine. Si può pensare che si

avesse tossiemia e batteriemia. Dall'esame della malata non si potè accertare che i germi tubercolari si fossero fissati in alcun organo. I fenomeni da essa presentati erano prevalentemente tossinici (temperatura, cefalalgia e dispnea). I dolori nucali e la cefalalgia potrebbero forse costituire un accenno a una localizzazione meningea di cui però mancarono tutti gli altri sintomi. La fenomelogia clinica escluderebbe pure una forma miliare iniziale. L'ipostasi basilare è ritenuta facile in molte infezioni a insorgenza tifosa.

Anche qui il siero parrebbe avere agito in via antitossica e aver dato campo all'organismo di creare un equilibrio antitossinico, che accrescendo (?) i poteri immunitari dell'organismo lo condussero a prevalere sul germe. Fu questo svirulentato (?) ucciso in seguito (?).

Ci chiediamo ora se non iniettando siero umano antitubercolare si poteva avere del pari esito fausto. Il quadro clinico lo negherebbe poichè appariva un crescente peggioramento.

Avrebbe agito del pari un siero qualunque animale, anche non specifico?

Per un siero animale normale non sappiamo vedere come sarebbe riuscito antitossico alla stregua delle teorie di Herlich, ecc.

Per un siero specifico di animale ricordiamo che Darier (Serums, Vaccins et ferments - Paris 1912) afferma che il siero antitubercolare animale dove la tubercolosi (polmonare) è esente da associazioni microbiche secondarie abbassa la temperatura e la regolarizza progressivamente.

Nel nostro caso non abbiamo adottato un tale siero. Non l'avevamo a portata di mano. Ci mancava d'altronde la direttiva di una serie di confronti fra i due sieri favorevoli al siero animale.

Il siero umano non solo abbasserebbe la temperatura e la regolarizzerebbe progressivamente al pari dei sieri animali specifici.

(I numerosi casi di sierosite bacillare in cui ottenni guarigione clinica e che pubblicai deporrebbero in tal senso, ma la può far cadere d'emblée, come nei due casi riportati).

Il siero umano, a parte, la simpatia morale del dono, avrebbe, come già ritenni, il vantaggio dell'*identità* per il modo di nutrizione dell'uomo stesso. Rappresenterebbe il prodotto di una reazione umana a un processo che si è svolto in terreno umano. Non sarebbe d'altronde meno ricco di elementi umorali con cui un organismo reagisce contro un processo bacillare. Inoltre in via teorica, considerando anche i sieri in genere come veicoli di antitossine, se la parte nutritiva del s. s. umano è idenitca nel donatore e nel paziente mentre non è che equivalente nel siero di sangue animale, poichè nel momento dell'azione non credo che fino ad oggi si possa scindere la parte nutritiva dalla antitossica, parrebbe che si dovesse in conclusione preferire il siero che ha l'elemento nutritivo identico, cioè l'umano.

Il lato pratico è dato da che si può avere facilmente sott'occhio un donatore per casi analoghi (anche meningei, anche miliarici all'inizio) che destino immediata apprensione.

Zona di Guerra, marzo 1919.

STORIA DELLA MEDICINA.

In ricordanza del II centenario della morte di Bernardino Ramazzini.

Con questo titolo, il prof. Arnaldo Maggiora, direttore dell'Istituto d'igiene dell'Università di Bologna — il quale già nel 1901 aveva dedicato una dotta prolusione a *L'opera igienica di B. R.* — raccoglie un discorso e dei notevoli documenti inediti relativi al grande medico Carpigiano (*Memorie della R. Accad. di Scienze, Lettere ed Arti in Modena*, 1918). Sebbene in questi ultimi anni, con lo sviluppo della medicina dei lavoratori e dei relativi congressi, l'opera e la figura del R. sia stata ampiamente illustrata, il nuovo scritto del Maggiora merita di essere largamente riassunto, perchè contiene molti particolari inediti o ignorati.

I rotoli che pubblicavano l'ordinamento e l'orario delle lezioni nella facoltà medica di Padova, dal 1700 al 1714, portano una serie di nomi di professori degni di grande rispetto. Ma fra essi i più illustri sono quelli della scuola emiliana e cioè il Ramazzini, Pompeo Sacco da Parma, clinico e oratore insigne, al quale succedette Domenico Guglielmini, fondatore dell'idraulica fluviale, medico e biologo, allievo di Geminiano Montanari e di Malpighi; Antonio Vallisnieri e G. B. Morgagni. Quei rotoli, in latino, sono a firma del « bidellus generalis », cancelliere dell'università che innanzi di assumere il suo delicato ufficio doveva prestare solenne giuramento in duomo.

In essi il R. e il suo insegnamento sono così indicati: « *Ad practicam ordinariam Medicinae in primo loco Exc. Dominicus Bernardinus Ramacini Mutinensis — Hora prima pomeridiana — legit: De morbis particularibus a capite usque ad cor* », e in un anno seguente « *legit: De morbis particularibus a corde infra* »; in un terzo: « *legit: De febribus* ».

Mentre i suoi colleghi Vallisnieri e Morgagni si compiacevano di accompagnare il loro nome con i titoli che possedevano, il R. che pure ne era fornito, lasciava che il segretario lo indicasse semplicemente: la modestia fu invero una

virtù che mai si smentisce nelle opere e nelle azioni pubbliche e private del R.

Questi ebbe in Carpi un'eccellente istruzione fondamentale e quando i suoi genitori — Bartolomeo e Caterina Federzoni — lo inviarono all'ateneo di Parma, fece onore ai suoi primi maestri — e il 21 febbraio 1659 conseguì *cum signo laudis* la laurea. Nell'intendimento di perfezionarsi si recò a Roma, presso Antonio Maria Rossi, già medico capo a Ravenna e allora reputato primario e professore alla Sapienza. Per alcuni anni fu medico condotto in Canino e Marta nel Viterbese, ove si acquistò la stima di tutti; ma il clima e la rude bisogna non riuscì confacente alla sua salute e dovette tornare a Carpi.

Quivi ristabilitosi, riprese con crescente successo l'esercizio della medicina; al lavoro e allo studio quotidiano, l'ingegno suo robusto e multiforme trovava distrazione nella lettura dei poeti greci e latini, nello scrivere componimenti poetici e nel dettare dissertazioni filosofiche per la Accademia degli Apparenti.

Il 13 febbraio 1665, a 32 anni, R. sposò la sua conterranea Francesca Guaitoli, e ne ebbe due figli maschi, morti in tenera età e due femmine Cecilia (in Solieri) e Sigismonda (in Medici).

Fra i clienti più notabili in Carpi, vanno ricordati il principe Carlo Alessandro d'Este, generale del Duca di Savoia, e il marchese Alessandro Molza, prefetto di Carpi; ma nel 1671 si trasferì a Modena, ove divenne familiare del duca Francesco II. Curò anche il protomedico Antonio Ferrarini, affetto da aneurisma dell'arco aortico, e tale malattia diede occasione a un carteggio fra il R. e il Malpighi. La stima e la benevolenza di quest'ultimo debbono averlo compensato delle aggressioni che dal 1679 al 1682, ebbe a subire da parte di G. Andrea Moneglia, archiatro del Granduca di Toscana, a proposito di un caso ostetrico sfortunato. Era il Moneglia uomo di pronto ingegno e di bella coltura letteraria, autore di commedie; ma come medico, sebbene tenesse cattedra a Pisa, lasciò soltanto degli scritti polemici inspirati, più che al desiderio di scoprire la verità, dalla smania di denigrare i colleghi: onde un contemporaneo lo chiamò « Archimandrita degli sciagurati » e « uomo dalla coscienza scellerata e sozza ».

Intanto avveniva in Modena la ricostituzione dell'Università sotto gli auspici di Frascesco II d'Este (1682); e all'insegnamento della medicina fu chiamato il R., come lettore di Istituzioni mediche e di medicina teorica, il quale tenne l'orazione inaugurale « In solenni Mutinensis Academiae instauratione ».

Gli scritti del R. si possono dividere in due gruppi: quelli pubblicati dal 1682 al 1700, nei 18 anni in cui insegnò a Modena, e quelli del periodo 1700-1714, dopo la sua chiamata all'Università di Padova. In tutta la sua opera scientifica si scorge la caratteristica impronta personale: è il medico osservatore accurato di fatti clinici, a un tempo biologo e igienista. Malpighi, Redi, Borelli, Guglielmini, Vallisnieri, Albertini, Torti e qualcun altro di quell'aureo periodo gli furono superiori come clinici o come cultori della biologia o della filosofia naturale, ma nessuno ebbe così chiara visione del compito e dell'importanza della medicina preventiva. A differenza della maggior parte dei medici di allora che consideravano il malato per sè stesso, astraendo dall'ambiente in cui vive e dalla professione esercitata, egli valuta quanta considerazione si debba attribuire a questi fattori.

Nella terapia non è scettico, è prudente; vuole che il medico osservi con diligenza l'ammalato e non intralci l'azione delle forze riparatrici della natura; e però si scaglia contro il soverchio intervento, contro l'abuso del salasso e la polifarmacia; ricorre di preferenza all'uso dei rimedi semplici, cura la dieta razionale e si vale largamente dei presidii dell'igiene (esercizi fisici, bagni, ecc.).

Versato nelle discipline matematiche e nella idraulica, così che il suo giudizio è richiesto in casi pratici di non poco momento per l'economia e l'igiene pubblica, trae giusto partito di queste conoscenze a interpetrare i fenomeni biologici, senza cadere nelle esagerazioni di alcuni iatromatematici.

Nel 1695 pubblicò le *Ephemerides barometricae mutinenses;* sono quotidiane letture del barometro eseguite l'anno precedente, con registrazione contemporanea degli altri fatti metereologici più notevoli e seguite da una discussione su le cause delle oscillazioni della colonna del mercurio. Corregge qualche inesattezza del Borelli e ha modo di dare una spiegazione del « mal di montagna ».

Le *Constitutiones epidemiceae mutinenses* sono tre memorie in cui espone le vicissitudini epidemiche di Modena e del suo agro dal 1690 al 1694, tenendo conto dei fatti epizootici di maggior rilievo e di malattie parassitarie delle piante: modello a numerosi lavori di epidemiologia in Italia e fuori.

Nel 1691 scrisse il *De fontium mutinensium admiranda scaturigine,* che tuttora si consulta con profitto per conoscere la configurazione del suolo modenese, la planimetria dei vari quartieri, le falde acquee; questa monografia, oltre il pregio che presenta dal punto di vista dell'idrologia

igienica, ha una serie di osservazioni sulla temperatura del suolo a diverse profondità, le prime che si posseggano.

Non ci fermeremo sui *Morbi degli artefici;* diremo soltanto che una tale opera era stata preceduta da pochissimi studi isolati. Gabriele Falloppio aveva dato notizie delle malattie dei minatori di mercurio; Bernardo Cesi aveva osservato quelle dei condannati alle miniere; Luca Antonio Porzio aveva pensato alla difesa della salute dei soldati negli accampamenti.

Con questo lavoro il R. giunse all'apogeo della sua fama; volgeva allora l'anno 1700 — 68° d'età — allorchè la repubblica veneta lo chiamò a Padova, alla seconda cattedra di medicina pratica ordinaria, che corrispondeva a un dipresso alla odierna patologia e clinica medica. Le cattedre di questa materia erano due; ma il titolare della prima, Francesco Spoleti, non la teneva che di nome, perchè il Senato veneto lo aveva mandato a Costantinopoli come sanitario della legazione ed era divenuto medico del Sultano.

Ad onta che la salute del R. fosse cagionevole per una grave arteriosclerosi, che doveva poi ucciderlo — malattia di cui parla il Morgagni nel *De sedibus* — tuttavia fu circondato dalla serenissima di alta stima ed ebbe favori ed emolumenti speciali. Invero l'operosità didattica e scientifica spiegata dal 1700 al 1714 — fra il 68° e l'81° anno di età — è sorprendente. In questo lasso di tempo pubblicò, oltre alla seconda edizione ampliata delle sue opere, le *Orationes jatrici argumenti,* che comprendono le prolusioni accademiche sino al 1709; il *De principum valetudine tuenda,* preziosa raccolta di consigli igienici ed educativi al principe ereditario di Modena; l'epistola al nipote Bartolomeo sull'abuso della corteccia di china, considerata la panacea di tutti i mali e le annotazioni al libro del Cornaro sui vantaggi della vita sobria (1714).

Merita di essere notato uno spiccato senso di italianità nel R., quale si poteva coltivare in quell'epoca di depressione politica nostra; e se il saluto col quale chiama il Lancisi « Vale Italiae nostrae ornamentum » può ritenersi una espressione retorica e geografica, non si deve ripetere ciò per il sonetto dedicato « A' Prencipi Italiani addormentati nella presente calata dei Francesi ».

Il 5 ottobre 1714, mentre si disponeva a recarsi al palazzo del Bo a far lezione, verso le 16 di allora (cica le 9.30 del mattino d'oggi), cadde, a seconda che ci narra il nipote, colpito da grave emorragia cerebrale, e verso le 22,30, assistito dai colleghi, morì. Fu sepolto nella chiesa della Beata Elena Enselmini, nel 1852 consacrata a S. Francesco di Sales, la quale sorge nel borgo Ognissanti di Padova, nella via intitolata oggi a G. B. Belzoni. Il nipote Bartolomeo dettò una buona epigrafe (che pubblicò in calce alla biografia del R.), ma per imperdonabile incuria di un erede non fu mai incisa sulla tomba; che il Maggiora non ha potuto, nelle sue ricerche, identificare, forse travolta nei successivi restauri della chiesa.

Se le sue ceneri sono andate disperse, il nome del Ramazzini è legato in modo inperituro alla legislazione relativa, in tutto il mondo civile, alle malattie dei lavoratori: e la ricca e documentata monografia del Maggiora, mostra ancor più di quanto si conoscesse, che egli ne era ben degno.

G. BILANCIONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

La riunione per lo studio dell'influenza a Milano.

Organizzata dai professori sen. Mangiagalli, Devoto, Belfanti e Viganò, è stata tenuta a Milano, il 27 e 28 aprile, la riunione per lo studio dell'influenza, destinata ad un fecondo scambio di idee fra gli studiosi, nel campo etiologico. La riunione è stata interessante, specialmente per il cozzo delle opinioni, che, come era da attendersi, ha dato luogo a discussioni vivaci. Dal resoconto stenografico (auguriamoci che questa ventata di modernità nelle abitudini accademiche sia imitata in altri congressi!) gentilmente trasmessoci, stralciamo quello che può interessare i nostri lettori.

La prima seduta è stata dedicata alla definizione del morbo, alla differenziazione di questo dalle piccole manifestazioni endemiche, alla discriminazione delle forme cliniche, ai caratteri anatomo-patologici. È stata richiamata l'attenzione sulla concomitante epidemia dei bovini (Preti) che però non aveva rapporto diretto con l'influenza umana (Carpano, Belfanti). La diagnosi va basata secondo alcuni (Gosio, Carpano) sulla ricerca batteriologica del bacillo di Pfeiffer, secondo altri sulle manifestazioni cliniche. Così il Sofre differenzia l'attuale epidemia dalle forme endemiche: 1° per l'angina (che però secondo Cattaneo non sarebbe costante); 2° per la febbre di maggiore durata; 3° per l'assenza di dolori reumatoidi. Il Valagussa propone la cutireazione (con colture di Pfeiffer e di stafilococchi), che ha riscontrato positiva in diversi casi.

Sui caratteri anatomo-patologici ha fatto una relazione il Cesaris Demel, concludendo che non esistono lesioni caratteristiche dell'influenza, ma un complesso tale che costituisce un reperto uniforme e sovrapponibile e che permette ad un settore sperimentato la diagnosi anatomo-patologica. È stata richiamata l'attenzione sulla fre-

quenza delle lesioni renali (Devoto, Sofre) sull'importanza delle lesioni surrenali (Monti) e sui disturbi intestinali a carattere di colite ulcerativa nei piccoli bambini (Valagussa).

Per quanto riguarda il problema eziologico, le opinioni divergenti si sono polarizzate nelle idee espresse dal Gosio, per un lato, dal Segale per l'altro. Il Gosio sostiene la specificità del bacillo di Pfeiffer, ed insiste sulla necessità di prelevamenti precocissimi, di tecnica abile ed accurata, con l'uso del terreno adatto, al sangue di piccione, e di convinzione nell'esito della ricerca. In prelevamenti fatti in varie parti d'Italia si ebbero risultati positivi nell'83 %. Talvolta il reperto negativo dipende dalla flora che accompagna il bacillo e che può ostacolarlo nello sviluppo; spesso è meglio fidarsi dell'esame batterioscopico, basandosi sulla morfologia tipica e sulla disposizione a spina di pesce.

Oltre al bacillo di Pfeiffer vero (di cui la varietà molto attiva è patogena per la cavia) che agisce come tossico esiste anche il pseudopfeiffer, questi germi differiscono fra di loro per le proprietà fermentative ed agglutinanti.

A proposito poi dell'ipotesi del virus filtrabile, il Gosio osserva che la grande diffusibilità della malattia non contraddice all'origine schizomicetica dell'infezione, in quanto che non è tanto il germe che ha importanza, quanto la via per la quale esso si diffonde. Mancano attualmente dati per negare la specificità del bacillo di Pfeiffer.

All'opinione del Gosio, appoggiata parzialmente dal Carpano e dal Belfanti, i quali non escludono che il bacillo di Pfeiffer abbia importanza almeno come agente secondario, si oppone recisamente il Segale. Secondo questo O., tutto parla in favore della presunzione che il bac. di Pfeiffer sia un semplice saprofita dell'apparato respiratorio, di difficile identificazione ed isolamento, La dimostrazione della non patogenicità di tale bacillo per l'uomo pur non essendo definitiva è certo impressionante.

L'A. è nettamente contrario all'ipotesi che esistano due varietà di influenza, la pura e la complicata; l'ipotesi delle associazioni batteriche è sorta per spiegare la debolissima attività dello Pfeiffer, quando si credeva che esso fosse l'agente patogeno, ma essa non ha alcuna seria base obbiettiva e contrasta con quanto si va apprendendo nel campo della patologia delle infezioni.

È certo che l'influenza ha una eziologia monovalente, che l'A. riferisce allo *Streptococcus pandemicus*, specie nettamente differenziabile, con cui si possono ottenere sindromi lievissime e casi con decorso acutissimo a tipo emorragico. La diversa gravità delle forme sta in rapporto con la diversa virulenza dei ceppi e con la resistenza individuale.

Con queste vedute del Segale concordano Cesaris Demel, Saccone, Paleani, Sofre, Micheli, Satta, mentre il Gosio sostiene il proprio punto di vista, osservando che il Segale ha suscitato un vero vespaio, e che bisogna andare adagio e con molta prudenza a stabilire questa nuova fede.

Il bac. di Pfeiffer poi, è certamente capace di preparare il terreno ad altre infezioni come p. e. la tubercolosi.

L'idea del virus filtrabile è sostenuta da Micheli, contraddetto specialmente da Moreschi e Mirto.

Altri contributi sono stati portati alla epidemiologia ed alla profilassi. Cesaris Demel e Pozzato hanno osservato immunità in malarici chininizzati; Conti riferisce ottimi risultati profilattici dal chinino, mentre Centanni si domanda se la refrattarietà dei malarici sia da attribuirsi alla infezione malarica od al chinino. D'altra parte Gosio riferisce che in una zona intensamente malarica del resarnese, si ebbe morbilità enorme e mortalità gravissima.

Interessante è la resistenza dei tubercolosi all'infezione, su cui parla Pozzato, e che il Gosio attribuisce con probabilità ad immunità collaterali di gruppo, in quanto che i tubercolosi albergano fino il 30-40 % di pseudopfeiffer; per il Centanni, invece, si tratterebbe di un fatto più generale, per cui gli individui soggetti ad una infezione modificano le loro proprietà umorali, in modo che le successive infezioni non attecchiscono.

Quanto poi alla immunità lasciata dall'influenza stessa, gli OO. concordano in genere sulla sua esistenza, ed il Devoto la fissa nella probabile durata di quattro mesi: Gosio osserva che non è facile orientarsi in questo campo, in quanto che si confondono facilmente le recidive per influenza non guarita radicalmente e le reinfezioni *ex novo*.

Per la profilassi, Paoletti porta una dimostrazione della utilità dell'isolamento, sostenuta da Conti, da Gosio, da Battelli. Gosio osserva che in qualche città, dopo la riapertura dei cinematografi e delle scuole, si ebbe morbilità forte anche nei bambini che prima erano poco colpiti.

Le vaccinazioni sono state sperimentate da Quarelli e da Belfanti. Con il vaccino preparato da questo (streptococchi, pneumococchi, bac. di Pfeiffer), sono state praticate a Milano 27.000 vaccinazioni, senza che si siano verificati inconvenienti: nei 7350 individui che si poterono seguire si ebbero 121 colpiti (1.64 %) con 25 complicazioni ed un morto. In altre località invece furono colpiti i $^3/_4$ dei vaccinati. L'esperienza non è dunque conclusiva; certo si può dire che non sembrano applicabili all'uomo i timori di azioni tossiche dei vaccini contenenti Pfeiffer, nel senso indicato dal Gosio, od i timori di ipersensibiliz-

zare per le forme streptococciche come si è ottenuto negli animali dal Segale. Il Gosio osserva poi che bisogna evitare i ceppi di Pfeiffer molto tossici, e ritiene che la vaccinazione possa avere il suo effetto utile.

Di riassumere i risultati dell' importante convegno sono stati incaricati i professori Belfanti, Devoto, Gosio, Monti, Segale.

r. s.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Localizzazioni multiple e simultanee della litiasi urinaria.

È comunissimo di vedere individui affetti da calcolosi presentare localizzazioni multiple nei differenti territori del loro apparato urinario. Ad un militare, per esempio, per sintomi vescicali si fa una cistoscopia che dimostra un calcolo: poi si fa una radiografia dei due reni e si scopre un calcolo nel rene destro. L'esplorazione, dunque, rivela molto di più dei sintomi clinici: l'ammalato viene operato prima di cistotomia soprapubica e poi di nefrectomia.

Un vecchio, operato sei anni fa d'un calcolo vescicale che dava ematurie, cistite, urine torbide, è restato sempre piurico, e da sei mesi è malatissimo, dimagrato, ed affetto da flemmone perinefritico a lenta evoluzione, scambiato e curato per sciatica. All'apertura del flemmone si trova un calcolo: il rene era dunque scoppiato. Quest'uomo era rimasto piurico, perchè il suo rene sinistro suppurava per la presenza di un calcolo.

In un ufficiale serbo, che ha piuria, senza dolori e senza ematuria, la radiografia dimostra un grosso calcolo nel rene ed un altro obliterante nell'uretere.

Il figlio d'un generale, già operato di calcoli della vescica, sviluppatisi in seguito ad infezione di essa per ferita d'arma da fuoco, ha presentato due volte calcoli nel rene destro (pielite ascendente), il primo tolto con la pielotomia e il secondo, manifestatosi sei mesi dopo, con la nefrectomia.

Un altro malato presenta un grosso calcolo del rene destro. Alla radiografia si trova un'ombra a livello dell'uretere sinistro. Si tratta di un calcolo? Problema di alta importanza terapeutica; è impossibile di trattare il grosso calcolo del rene senza prima aver sturato l'uretere del lato opposto. Si fa in questo caso una radiografia con una sonda opaca nell'uretere che dà alla radiografia una macchia longitudinale e canalicolata, ciò che permette di vedere che esiste fra il preteso calcolo e la sonda uno spazio largo di un buon dito trasverso. Non è dunque un calcolo. Questo processo permetterà di differenziare le fleboliti, o le concrezioni appendicolari o le concrezioni dei legamenti, che prendono l'apparenza ingannatrice di calcoli.

M. Legueu (*Journal des Praticiens*, n. 3) richiama l'attenzione su queste frequenti localizzazioni multiple dei calcoli nell'apparato urinario. In un individuo che presenta piuria, si deve fare la radiografia di tutto l'apparato urinario, e non soltanto della vescica, quando si crede ad un calcolo di essa, o del rene, quando si presume un calcolo renale. Queste radiografie saranno segmentarie: renale pura, uretero-lombare e pelvica. Le indicazioni terapeutiche saranno subordinate alla molteplicità o alla varietà di esse localizzazioni.

B. MASCI.

Punti dolorosi nella diagnosi di colelitiasi.

Il valore diagnostico dei punti dolorosi nella colelitiasi dipende dal fatto di essere ben netti e costanti negli esami ripetuti. È raro trovare tutti gli otto punti caratteristici, e quindi l'assenza di qualcuno fra essi non deve infirmare la diagnosi, sebbene il loro valore sia in relazione diretta col numero.

Deve considerarsi particolarmente l'associazione delle aree dolorose: p. e. il trovare dolorosi il punto frenico ed il punto cistico può avere maggior valore, che non trovare il cistico e l'epigastrico. Ad ogni modo nessun sintoma va considerato isolato, ma solo in connessione con tutti gli altri.

Durante parecchi mesi, od anche anni, la colelitiasi non si manifesta che con dolore vago, segni leggieri di insufficienza epatica, attacchi ripetuti di indigestione e tensione epigastrica dopo i pasti. Nelle prime fasi, assume i caratteri di dispepsia, o di qualche affezione intestinale: le dispepsie premonitorie di origine biliare sono ben note, il dolore ha sede all'epigastrio mentre l'area epatica può essere affatto esente da dolore

In altri casi, l'intestino sembra la sede dei disturbi, con intensa ed ostinata costipazione, con scariche dolorose, con stimolo a defecare durante il pasto. I parossismi epatici, generalmente di facile diagnosi, sono talvolta difficilmente riconosciuti; bisogna ricorrere a tutti gli artifizî diagnostici, fare al paziente delle domande precise, localizzare esattamente le aree dolorose, ricercando gli otto punti dolorosi alla pressione; con l'attenzione così richiamata sul fegato e sulle vie biliari, si può arrivare ad una diagnosi corretta.

La ricerca dei punti dolorosi però, non può indicare esattamente la topografia dei calcoli: una cistifellea, che ne è priva, può essere dolente alla pressione, mentre il dolore nell'area del pancreas e coledoco, anche se fisso e permanente, può essere dovuto tanto a pancreatite come ad un calcolo nel coledoco.

r. s.

TERAPIA.

La tossicologia della digitale.

L'accordo degli autori non è affatto raggiunto sulla inocuità o meno della digitale e sulla sicurezza degli effetti, che da essa possiamo attenderci. Mentre Mackenzie, p. e., afferma di non aver mai avuto effetti spiacevoli quando la digitale è stata data nel modo da lui prescritto, altri invece sostengono che la sua azione può essere dannosa, sia per la varia forza dei preparati sia per l'eccesso somministrato.

È un fatto che le diverse digitali del commercio non hanno tutte la stessa potenza. S. H. Pratt, sopra 24 campioni di provenienza americana, trovò che sei avevano un titolo superiore a quello richiesto dalla farmacopea, tre uguale, e quindici inferiore. È ovvio il pericolo che presentano queste variazioni di qualità; ad esse vanno indubbiamente attribuiti i casi fatali registrati nella letteratura.

Fiessinger ha fatto rilevare i seguenti errori in cui si può incorrere nella somministrazione della digitale: 1) prescriverla nei disturbi nervosi del cuore; 2) somministrarne dosi troppo elevate; 3) attendere a prescriverla che siano ricomparsi i sintomi del blocco miocardico; 4) sospenderla quando il cuore ha riacquistato la sua contrattilità; 5) attendersi un effetto dalle grandi dosi, quando hanno fallito le piccole; 6) prescrivere le dosi piccole per un tempo troppo lungo.

La causa più frequente di gravi incidenti è quella del punto 4), in quanto che il muscolo esaurito, sostenuto nella sua azione dallo stimolo della digitale, lo sente mancare, e ne segue quindi il collasso.

Spesso la digitale è la causa del disturbo che essa dovrebbe eliminare; gli effetti talvolta non sono considerati nel loro giusto valore e può accadere anche la morte subitanea per una somministrazione non giustificata.

Non si conosce poi mai quale sia l'agente tossico, se la digitale o qualcuno dei suoi costituenti. Un farmacologo si è invero affannato a provare che i membri del gruppo (antiarina, strofantina, neriina, digitalina, digitossina e digitaleina), sono sostanze pure ed hanno effetti uniformi; egli ritiene che l'azione della digitale corrisponde a quella combinata di digitalina, digitossina e digitaleina. Su questo punto poi la confusione e la diversità dei pareri è moltissima sicchè il carattere tossico della maggior parte dei costituenti della digitale, digitalina e digitossina è tutt'altro che definito. Ad ogni modo non va dimenticato il caso di Koppe avvelenato da 2 mg. di digitossina.

Si può dedurre in complesso che alla digitale vanno attribuiti degli incidenti fatali in quantità maggiore che non si creda; essa ha il difetto di venire eliminata più presto dallo stomaco che dai reni, ciò che ha portato al nome di veleno cumulativo. La causa principale dei pericoli consiste nel modo indefinito con cui produce il collasso cardiaco.

(*Boston med. and. surgical Journal*, 27 marzo 1919).

l. b.

La somministrazione dell'adrenalina.

In terapia, in luogo dell'adrenalina, poco solubile nell'acqua, viene usata la soluzione all'1/1000 di cloridrato di adrenalina. Le dosi riportate dalle farmacopee corrispondono a un milligramma di adrenalina per giorno. Secondo Milian però (riferito in *Gazzetta Osped. e Clin.*, 16 marzo 1919), tale dose può essere largamente sorpassata, arrivando anche a quattro mg. in pochi minuti, nel caso di accidenti congestizî, consecutivi all'uso del 606.

Le vie di somministrazione sono: 1) *orale*, si fa bere al paziente il contenuto di una fialetta o due della solita soluzione al 1/1000, diluito in un po' d'acqua pura; tale dose può poi ripetersi in seguito: vi si ricorre, sia quando si desidera prolungare l'azione del rimedio, o moltiplicarne le vie di introduzione; 2) *sottocutanea*: ha l'inconveniente di essere alquanto dolorosa: il punto dell'iniezione rimane sensibile per 24 ore, si ha localmente una vasocostrizione intensa; 3) *endomuscolare*: l'assorbimento è più rapido, quindi si possono avere più facilmente dei sintomi di reazioni gravi: di conseguenza l'iniezione va fatta lentamente. Prima di iniettare il liquido, è necessario aspirare leggermente con lo stantuffo per accertarsi di non essere penetrati in una vena; analoga precauzione si seguirà nel caso di iniezione ipodermica; 4) *endovenosa*: è la più attiva ma di impiego assai delicato, perchè può provocare reazioni intensissime. Si introduce, molto lentamente, sorvegliando il paziente, un decimilligramma (10 cmc. di una soluzione fatta aggiungendo il contenuto di una fialetta a 100 cmc. di soluzione fisiologica: per maggiore prudenza si può usare una soluzione ancor più diluita).

Secondo l'A. le indicazioni dell'adrenalina sarebbero limitate a prevenire le complicazioni del 606, e nei casi di apoplessia sierosa [un po' troppo poco in confronto ai benefici effetti, che si ottengono in svariate condizioni morbose, con l'uso dell'adrenalina. *N. del Red.*]. Sia nell'uno che nell'altro caso, l'efficacia del rimedio può aversi variando le vie di somministrazione.

Gli indizî che la dose sufficiente è stata raggiunta sono: il pallore cutaneo, l'aumento della pressione sanguigna, la tachicardia, il tremore generalizzato.

FIL.

Formulario.

Contro l'acne e la seborrea (BORY. *Progrès médical*, apr. 1919).

Zolfo precipitato	cg.	50
Canfora	gr.	1 ½
Olio di vaselina	»	40

Sciogliere a caldo, senza oltrepassare 110°.

Dopo raffreddamento, aggiungere:

Guaiacolo	cg.	50
Eucaliptol	gr.	2 ½
Olio essenz. di trementina	»	5.

Applicare la sera, associandovi un po' di massaggfo della parte ammalata.

IGIENE.

Il consumo delle carni e del latte di animali aftosi.

Infierisce attualmente in Italia una diffusa epizoozia di afta epizootica, che mette a mal partito il nostro patrimonio zootecnico, già stremato in conseguenza della guerra. La malattia si presenta in due forme, l'una maligna rapidamente mortale, l'altra relativamente benigna: queste modalità sono del resto frequenti in tale affezione.

La trasmissione all'uomo è possibile, ed avviene di solito per mezzo del latte, il quale per se stesso è innocuo, ma può trasmettere l'affezione quando sia inquinato dal secreto delle vescicole aftose (uno dei punti di predilezione sono appunto le mammelle) durante la mungitura. L'eventuale infezione nell'uomo si presenta con vomito, febbre, ed una leggera eruzione aftosa alla bocca: il decorso è generalmente benigno.

Il latte va quindi sempre bollito, e non è consigliabile per l'alimentazione del bambino.

Quanto alla carne può essere consumata, previa asportazione delle parti aftose, quando l'animale sia stato abbattuto mentre era tuttora in vita e non si tratti della forma maligna.

La carne va accuratamente lessata e deve essere considerata di bassa macelleria.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1080) *Su di un fenomeno post-mortem.* — All'abb. n. 6885:

La diminuzione *post-mortem* del gonfiore in regioni osservate edematose negli ultimi giorni di vita, non è affatto un segno infallibile di morte reale.

Tale diminuzione, iniziatasi dopo circa 30 ore dalla morte deve spiegarsi con lo stabilirsi della cosidetta « circolazione *post-mortem* » dovuta allo sviluppo della flora batterica del cadavere, la quale per « *vis e tergo* » spinge tutto il contenuto liquido del sistema vasale sanguigno e linfatico dalla periferia al centro.

a. a.

(1081) *Sanatorî per tubercolosi.* — Ai dottori R. B. di Zara e R. B. di Roma:

In Valtellina (Sondrio) ne esistono due, l'uno a Sondalo per agiati, l'altro a Prasomaso a tipo popolare. Di quest'ultimo tipo sono anche quelli di Ornago (Milano) e di Budrio (Bologna). Altri se ne trovano a Livorno (Sanatorio marittimo Vittorio Emanuele) ed a Ferrorotto (Catania).

fil.

(1082) *Sul reumatismo nodoso.* — All'abbonato n. 1117:

Potrà utilmente riscontrare:

1. Roque e Teissier: *Reumatismi cronici*, nel vol. VIII° del Gilbert e Thoinot, traduzione italiana, Unione tipogr. editrice;

2. Levi e Rothschild: *Endocronologie*, Parigi, 1910.

t. p.

(1083) *Manuale per consultazioni mediche.* — All'abbonato n. 7531:

Le letterature francese ed italiana non possiedono *manuali per consultazioni mediche*, i quali riescano veramente utili al medico pratico. E la mancanza trova le sue ragioni nella reale impossibilità di fermare sulla carta il fine e complesso lavorio cerebrale che nella mente del medico si svolge in presenza del malato d'ambulatorio. Esistono invece ottimi ricettari con notizie pratiche sulle malattie e fra i più noti sono quelli del Rubino e del Rummo.

t. p.

(1084) Al dott. C. V. da N. I., tessera militare n. 15473:

Veda l'articolo pubblicato nel fasc. 10, pag. 306, sul trattamento del sudore fetido.

R. B.

(1085) Al dott. A. P. da Collepasso:

Veda le risposte date l'anno scorso nei fasc. 32 (pag. 766, n. 963) e 42 (pag. 1009, n. 991).

R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

RATTO PROF. LORENZO. — *I consorzî antianofelici ed il risanamento delle terre malariche.* Un volume in-8° di pag. 177. - Cooperativa tip. italiana, Roma.

La recrudescenza della malaria, il rifiuto da parte dei lavoratori di abitare nei luoghi malarici, hanno fatto nascere per la prima volta nella storia il bisogno economico ed il dovere giuridico di smalarizzare i latifondi incolti o mal coltivati. Questa scoperta di diritto civile apre una prima breccia contro la rocca del latifondismo, invano attaccato da secoli.

Nella relazione dell'A., la concezione giuridica del problema italiano del risanamento delle terre malariche è sviluppata in tutti i suoi rapporti col problema generale della piccola bonifica, del bonificamento agrario e della colonizzazione.

La lotta antimalarica deve spezzare il binomio latifondismo-anofelismo, e deve imperniarsi sulla lotta contro le anofele, mediante l'istituzione di Consorzi antianofelici obbligatorî, che debbono essere sì agevolati dallo Stato, ma soprattutto gravare come un onere reale sulle terre malariche.

L'A. esamina la complessa questione, specialmente dal punto di vista giuridico, e dà lo schema di un disegno di legge sui Consorzi antianofelici.

L'interessante relazione, che getta un raggio di luce nel buio in cui brancola ora la lotta antimalarica, è accompagnata da memorie di giureconsulti e di igienisti, interpellati dall'A.; citiamo fra questi ultimi Sanarelli, Fermi, Verney, Rossi.

Auguriamoci che le idee dell'A. trovino un largo consenso e che approdino ad un risultato pratico, tanto più che ora, tramontato il feticismo del chinino, l'azione contro la malaria, che esige la cooperazione di tutti, è incerta ed inefficace contro il pericolo incombente.

fil.

MUIR R. AUD RITCHIE J. — *Manual of Bacteriology* (7ª ediz.). - Frowde, Hodder e Stoughton. Oxford Univ. Press. Londra, 1919.

L'edizione nuova del manuale di Batteriologia del Muir e Ritchie non smentisce la meritata fortuna avuta dal libro. In piccola mole vi si racchiude in maniera chiara e sintetica quanto di più utile e moderno ha dato la bacteriologia alle scienze mediche.

La classica bacteriologia è corredata dai moderni metodi di perfezionamento, è riveduta alla luce dei recenti lavori; sono *ex novo* aggiunti capitoli che in questi ultimi tempi hanno trovato nelle eccezionali condizioni della guerra vasto campo per la ricerca; così l'ittero emorragico, che, noto ai ricercatori giapponesi, è entrato a far parte delle nozioni di patologia corrente nelle nazioni europee, così la febbre delle trincee, che ha dato occasione ad un nuovo capitolo, ormai dilucidato nella parte clinica ed in gran parte nella patogenesi, trovano conveniente trattazione in questo manuale di bacteriologia.

Nelle appendici sono trattate le malattie protozoarie e quelle da virus filtrabili.

L'opera è corredata da un indice bibliografico, che è una utile guida moderna per chi voglia approfondire le sue cognizioni o iniziare ricerche su particolari argomenti.

t. p.

L.L. LLOYD. *Lice and their menace to man.* — Un vol. in 8° di 130 pag. con fig. rilegato. H. Frowde, Hodder e Stoughton, edd. Oxford University Press. Londra.

Buona monografia sui pidocchi (del capo, del corpo, del pube), che infestano l'uomo. Vengono descritte la morfologia, la biologia, le abitudini di questi incomodi e pericolosi parassiti ed i mezzi più adatti, magari anche improvvisati, per la loro distruzione. Gli ultimi capitoli trattano delle malattie che sono o si ritengono in rapporto con i pidocchi (febbre ricorrente, delle trincee, tifo esantematico). Assai interessanti sono gli studi fatti dall'A. sulle migrazioni dei pidocchi da un individuo all'altro, migrazioni che sembrano tanto più cospicue quanto più alta è la temperatura del primo ospite, ciò che starebbe in connessione con la rapidità di diffusione delle epidemie da pidocchi.

fil.

VARIA.

Ginecomastia unilaterale consecutiva a ferita di un testicolo. — Apert e Declety (*La Presse Médicale*) riferiscono la seguente curiosità medica: un soldato venticinquenne fu ferito allo scroto nell'ottobre del 1917; nel marzo successivo si rilevò che egli aveva a destra una mammella simile in tutto a quella di una ragazza nell'epoca della pubertà. L'esame del paziente dimostrò che la ferita aveva interessato e profondamente leso il testicolo destro.

Questo comportamento non è del tutto nuovo per le piccole lesioni del testicolo. Non era ancora stato notato per i gravi traumatismi, per la totale distruzione o per l'asportazione dell'organo.

Il meccanismo patogenetico dello strano fenomeno è difficile a comprendersi: probabilmente intervengono ad un tempo fattori endocrini e nervosi.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione nazionale fra le Associazioni del personale addetto alla Vigilanza igienica.

Come abbiamo annunziato, l'assemblea generale avrà luogo il 23-24 maggio 1919, nella (Sede dell'Ordine dei Medici, Roma.

Sono all'ordine del giorno i seguenti argomenti:

1. I problemi sociali del dopo-guerra inerenti all'igiene ed alla sanità (Lotta antitubercolare – Igiene scolastica – Polizia sanitaria del lavoro – Assistenza infantile – Alcoolismo – Alimentazione pubblica – Lotta anticeltica – Profilassi malarica, ecc.).

2. Assistenza e previdenza – Propaganda igienica.

3. Riordinamento dei servizi di vigilanza igienico-sanitaria locale (Revisione dei voti sullo Stato giuridico-economico dell'Ufficiale Sanitario e sulla costituzione degli Uffici d'igiene).

La Presidenza dell'Associazione Nazionale Medici Condotti ha inviato, per discuterla nell'Assemblea Generale della Federazione, il seguente

Ordine del Giorno:

Preso atto che una Commissione, nominata dal Ministro per l'Industria, il Commercio ed il Lavoro sta studiando la trasformazione dell'assistenza sanitaria in istituto di previdenza sociale per mezzo delle Assicurazioni;

Considerato che per tale riforma l'assistenza sanitaria potrà venire anche totalmente sottratta ai Comuni;

Affinchè il Ministro per l'Interno, al quale spetta la vigilanza e la tutela della pubblica salute, possa in ogni luogo assicurare tale servizio con funzionari da esso dipendenti pel tramite dei Comuni;

Fa voti

1) – che il progetto di legge sulle assicurazioni integri le attribuzioni di Ufficiale Sanitario con quelle di carattere non curativo demandate finora ai medici condotti (vaccinazioni, necroscopie, ecc.).

2) – che all'istituendo medico fiduciario delle Assicurazioni sia conservato l'obbligo di assumere, occorrendo, l'incarico così integrato di Ufficiale Sanitario.

La sede della Federazione è presso il segretario dott. G. Palomba (Roma, via Veneto 96).

I medici toscani a convegno.

Presieduto dal dott. Fatichi ha avuto luogo a Firenze, il 10 corr., un convegno dei medici toscani. Intervennero numerosissimi medici, e molte sezioni mandarono la loro adesione. La discussione si è protratta a lungo e si è fatta vivacissima. Il convegno ha votato questi ordini del giorno:

Per i miglioramenti:

« Il Congresso regionale toscano dei medici condotti, dovendosi per l'aumentato costo della vita accrescere gli stipendi dei medici condotti, limita le richieste a somme che sono in sostanza molto inferiori agli stipendi avanti guerra, e delibera:

1. che lo stipendio iniziale dei medici condotti sia stabilito in lire 6 mila, fermo restando l'aumento del 3 per cento accordato e la indennità caro-viveri per un numero di 2000 poveri iscritti, con retroattività dal primo giugno 1919;

2. che siano accordati quattro aumenti del decimo, al massimo quinquennali;

3. che la disposizione sugli stipendi iniziali e sugli aumenti abbia effetto retroattivo per medici condotti già in carica;

4. che l'indennità per i mezzi di trasporto sia di un minimo di lire 2 mila;

5. che mentre afferma il diritto alle ore otto di funzione sia demandato al Congresso nazionale l'incarico di escogitare i mezzi della sua attuazione;

6. che nei Comuni dove non si possono nominare dei medici supplenti per accordare il riposo settimanale sia concesso ai medici vicini di supplirsi a vicenda;

7. che siano abolite le tariffe comunali nei Comuni dove si trova più di un medico, e si applichino le tariffe delle associazioni mediche: dove poi risieda un solo medico sia fissata la tariffa massima;

8. che siano immediatamente soppresse le condotte piene e a tutta cura nell'attesa che sia dato un compenso di lire 3 mila per la cura degli abbienti;

9. che il presidente del Congresso regionale toscano dei medici condotti, insieme ad un rappresentante della Presidenza centrale ed ai rappresentanti delle sezioni, trasmetta alla Prefettura ed ai Comuni il presente ordine del giorno; che si aprano trattative con i Comuni a mezzo della Prefettura per una pronta sistemazione, e in caso di rifiuto si proceda alla diffida delle condotte vacanti e al boicottaggio, e, nel caso estremo, alle dimissioni in massa con preavviso a norma di legge. Invita i medici condotti nella attesa di sistemazione ad iscriversi alle associazioni degli impiegati degli enti locali ».

Il convegno dei medici, dopo aver discusso lungamente intorno della Cassa pensioni, dopo aver reclamato provvedimenti per migliorare le condi-

zioni dei medici condotti già pensionati sollevandoli dalla disgraziata condizione economica nella quale si trovano, accordando loro immediatamente la indennità del caro viveri nell'attesa di provvedimenti definitivi; dopo avere discusso ampiamente un altro ordine del giorno sugli infortuni agricoli, deliberando di promuovere una agitazione dell'Associazione nazionale dei medici condotti, invocando il concorso di tutti gli Ordini dei medici d'Italia al fine di provocare una giusta modificazione della legge e del regolamento quale l'interesse e il decoro della classe reclamano, ha chiuso i suoi lavori con questo ordine del giorno presentato dal presidente dott. Fatichi:

Sul programma di politica sanitaria:

« Il Congresso regionale toscano dei medici condotti, nell'interesse pubblico, come programma di politica sanitaria, fa voti che al più presto si addivenga alla promulgazione di ulteriori leggi economico-sociali, cominciando dalla assicurazione obbligatoria contro le malattie, quindi, passando ai provvedimenti per la invalidità, alla lotta antitubercolare, antimalarica, anticeltica, antialcoolica, all'assistenza materna ed infantile;

prospetta la necessità degli ospedali intercomunali per rendere più intensa ed efficace l'assistenza ai malati e per sollevare le finanze comunali oppresse dalle alte diarie di spedalità degli ospedali delle città;

reclama infine che si provveda in modo speciale all'educazione e alla disciplina dei giovani, assicurando che la classe medica darà tutte le sue energie per rendere efficaci i provvedimenti legislativi ».

Infine il convegno esprime un voto per la trasformazione e perchè, approvato lo statuto e il regolamento generale, si proceda alla costituzione delle Federazioni secondarie.

A rappresentare il Congresso nella Federazione toscana è stato nominato il dott. Fatichi.

Ordine dei Medici della provincia di Como.

L'assemblea generale, presieduta dal dottor Carlo Pellegrini, ha stabilito di raddoppiare le tariffe per le visite. Cosicchè d'ora innanzi i prezzi delle prestazioni mediche più comuni rimangono i seguenti: Visite mediche semplici in serie, L. 5; visita medica unica a domicilio dell'ammalato, L. 10; visite d'urgenza di giorno, L. 10; visite di notte, L. 20.

Venne inoltre deliberato che per quei medici i quali non si attenessero rigorosamente a detta tariffa, il Consiglio dell'Ordine agirà prendendo i provvedimenti del caso.

Assemblea di Medici reduci dal fronte a Milano.

Per cura di apposito Comitato, gli aderenti al Fascio Italiano dei medici, reduci dal fronte, sono stati convocati in assemblea nella sede dell'Associazione Sanitaria Milanese per approvare lo Statuto sociale, opportunamente predisposto, per nominare l'ufficio di presidenza, ed una Commissione incaricata di vagliare l'accettazione dei soci.

Corso per ufficiali Sanitari.

Il prof. Canalis, a domanda di una Commissione di medici, ha consentito a tenere in luglio ed agosto, presso l'Università di Genova, il Corso speciale di igiene, necessario a conseguire il diploma di ufficiale sanitario.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7767). *Trasferimento di condotta.* — Dott. F. G. da A. Dal momento che i medici titolari delle condotte di campagna e quelli titolari delle condotte suburbane hanno gli stessi diritti, gli stessi doveri, lo stesso stipendio e lo stesso capitolato, non vediamo la ragione perchè si debba impedire il passaggio del medico di campagna ad una condotta suburbana. Crediamo, quindi, che al divisato trasferimento si possa far luogo, sempre che non sieno differenti i titoli professionali che si richiedono per il concorso al posto superiore.

(7768). *Concorsi al posto di medico condotto.* — Dott. F. C. da M. Il D. L. del 31 agosto 1915, n. 1420, nello articolo 3°, dispone che durante lo stato di guerra debbono ritenersi sospesi tutti i concorsi a pubblici impieghi banditi in precedenza e non esauriti alla data di esso e, cioè, al 31 agosto 1915. Per tale ragione del concorso, cui Ella prese parte, non si è più parlato, nè ha avuto alcun seguito definitivo. Però siccome il detto decreto parla di *sospensione* e non di *annullamento,* non crediamo improbabile che, cessato lo stato di guerra con la pubblicazione della pace, si possa riprendere in esame di bel nuovo la posizione dei singoli candidati, compresi nella graduatoria che, a suo tempo, fu formulata dalla Commissione e promuovere i provvedimenti del Consiglio comunale.

(7769). *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. D. M. da C. Ella non può pretendere l'indennità caro-viveri e l'aumento di stipendio tanto nel Comune ove è titolare della condotta, quanto nell'altro ove presta servizio interinale, perchè, a prescindere da ogni altra considerazione, in

quest'ultimo Comune ricopre una condotta non priva di titolare, ma di cui il titolare è temporaneamente assente, perchè chiamato sotto le armi.

(7770). *Ufficiale sanitario - Servizio veterinario.* — Dott. abbonato 3865. L'interpetrazione che Ella dà all'articolo 8 del Regolamento sulla vigilanza igienica del 3 agosto 1890 è, secondo noi, giusta e risponde ai criteri da noi in diverse occasioni manifestati sull'argomento. La parola *mancanza* deve essere interpretata nel suo senso logico e letterale di *inesistenza* e non di *assenza.* Quindi dove il veterinario non esiste in pianta, l'ufficiale sanitario è obbligato a farne le veci gratuitamente, ma dove esiste in pianta, ma sia assente, per qualsivoglia ragione, od il posto sia temporaneamente vacante, l'ufficiale sanitario, chiamato a sostituirlo, deve essere ricompensato, altrimenti si farebbe nel primo caso l'inderetto vantaggio del titolare e nel secondo quello del Comune e ciò con evidente violazione del *nemo locupletari debet jactura alienis.*

(7771). *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. N. da P. Secondo la dizione del capoverso ultimo dello articolo 1° del D. L. del 14 settembre 1918, n. 1314, per la indennità di lire 100 come caro-viveri, possono concorrere anche le sorelle ed i fratelli conviventi ed a carico, giacchè non puossi negare che anche costoro costituiscono la famiglia, come i figli ed i genitori. I fratelli, però, debbono essere minorenni o infermi e le sorelle nubili.

(7772). *Indennità caro-viveri.* — Dott. M. M. da T. A norma del D. L. del marzo ultimo, al medico condotto coniugato, compete dal 1° gennaio 1919, la indennità caro-viveri di lire 100 mensili oltre cent. 85 al giorno per ogni figlio oltre i primi tre. Se celibe la indennità è di lire 65 mensili. Poichè tale spesa è obbligatoria per le amministrazioni municipali, basta per ottenere la indennità, fare domanda al Consiglio comunale. In caso di inadempienza da parte del Comune, si può ricorrere alla G. P. A. per la emissione del mandato di ufficio.

(7773). *Indennità caro-viveri.* — Dott. T. S. da C. L'articolo 2° del D. L. del 14 settembre 1918, n. 1314, applicabile ai medici condotti, per effetto del successivo decreto del 9 marzo ultimo, n. 338, circa il caso-viveri, dispone che alla indennità di cent. 85 al giorno, ha diritto anche colui che ha più di quattro persone di famiglia, compresi i figli, purchè minori od inabili al lavoro, conviventi ed a carico, per ogni persona in più delle quattro. Stando a quanto Ella ha esposto nel quesito, Le compete la detta indennità per la madre.

(7775). *Indennità caro-viveri.* — P. C. da A. C. L'indennità caro-viveri spetta in vari stipendi comulativamente e non su ciascuna parte di essi, come su quello di medico condotto pei poveri e per gli agiati e sulla indennità di ufficiale sanitario, le cui funzioni sono congiunte a quelle di medico condotto.

I figli naturali non riconosciuti non possono essere calcolati agli effetti della indennità caro-viveri.

(7776) *Cessazione dal servizio di condotta per infermità non contratta in servizio.* — Dott. G. A. da B. Crediamo che non possa più, alla distanza di cinque anni, chiedere la indennità prevista dallo articolo 18 della legge sulle pensioni e ciò sia perchè difficilmente si potrà ora stabilire se in quell'epoca era, per infermità, divenuto inabile a prestare servizio sia perchè il fatto è contrastato dal servizio che presta attualmente come libero esercente. A dimostrare l'inidoneità al servizio dovrebbe, fra gli altri documenti, esibire un certificato medico in seguito a visita collegiale presieduta dal medico provinciale e con l'intervento di due ufficiali medici in attività di servizio. In tale certificato deve essere dichiarata l'indole della malattia, la causa che la produsse e le consegenze che ne derivarono e deve essere esplicitamente dichiarato se, a giudizio della Commissione il sanitario per effetto della infermità sia divenuto inabile a prestare ulteriore servizio.

(7777) *Contributo per il Collegio degli orfani di Perugia - Pensioni.* — Dott. G. G. S. da D. Non avendo il Prefetto provveduto alla cancellazione del suo nome dallo elenco dei contribuenti al Collegio-Convitto di Perugia, Ella ha diritto di ricorrere al Ministero dell'Interno, per indebita iscrizione, entro trenta giorni dalla trattenuta ai termini dell'art. 12 del Regolamento 17 maggio 1917, n. 1058. Dovrà nel ricorso dimostrare che altro contributo paga da diversi anni nel Comune ove attualmente presta servizio di medico condotto. In base allo stato di servizio da Lei esposto, può ora contare su 20 anni di servizio, non sufficienti per la liquidazione della pensione di riposo. Dovrà compierne altri 4 e sei mesi ed allora, con l'età di anni 48, liquiderà l'annua pensione li lire 764.

(7778) *Pensioni - Versamenti volontarii.* — Dott. M. S. da V. di P. I versamenti volontarii sono tuttora consentiti nella misura massima di lire 400 annue a norma dello articolo 5 della legge. Essi possono essere effettuati anche senza alcuna preventiva dichiarazione o direttamente alla Sezione di tesoreria provinciale od anche a mezzo di vaglia ordinario intestato alla Sezione medesima, che ne darà comunicazione alla Dele-

gazione del tesoro per la prescritta annotazione nel relativo prospetto. La Direzione generale della Cassa depositi e prestiti richiama alla fine di ogni anno tutti i prospetti di riscossione e dà partecipazione allo interessato dei versamenti eseguiti nell'anno stesso.

(7779) *Indennità caro-viveri.* — Dott. P. Z. da A. Non ostante la condotta interinale che provvisoriamente gestisce, ha diritto nel Comune in cui è titolare alla indennità caro-viveri di lire 100 mensili se ammogliato o vedovo con figli e di lire 65 se celibe. È questo un obbligo tassativo dei Comuni, che debbono adempiere senza opposizione di sorta.

(7780) *Prestazioni professionali.* — Dott. N. M. da C. al V. Le lire 25 al giorno furono concesse a taluni sanitarii dal Ministero dell'Interno per la campagna influenzale e non per la cura ordinaria di popolazioni civili. Nessun Decreto o circolare prevede e sancisce norme per compenso alla prestazione professionale da Lei compiuta. Sarebbe opportuno che rivolgesse analoga domanda alla competente Direzione di Sanità militare per aver istruzioni dal Ministero e provvedere in proposito, trattandosi di un fatto assolutamente eccezionale.

(7781) *Sessennio - Indennità caro-viveri.* — Dottor A. A. da M. d'A. Il principio sempre il medesimo. Il periodo trascorso sotto le armi è computato in quello utile per l'aumento sessennale sia che lo stipendio militare fosse inferiore o pari sia superiore a quello civile e ciò perchè nell'un caso e nell'altro il sanitario non ha mai cessato di essere nel frattempo un vero e proprio impiegato comunale. Nessuna speciale disposizione legislativa stabilisce tale principio ma esso viene desunto, oltre che da principii logici, anche dalla analogia per il fatto che gli anni trascorsi in servizio militare sono ritenuti utili agli effetti della pensione, se nel frattempo si sieno pagati i contributi prescritti.

L'indennità caro-viveri stabilita dal D. L. del 9 marzo ultimo non sopprime l'aumento di stipendio eventualmente ottenuto per effetto del D. L. del 10 febbraio 1918.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 4294:

Per sapere da quale autorità Ella doveva percepire lo stipendio occorre conoscere in quale posizione Ella si trovava presso il Comune ove esercitava le mansioni di medico condotto.

Se in altri termini Ella sia stato *esonerato* per compiere il servizio di condotta in seguito a richiesta dell'autorità civile, oppure se Ella sia stato *comandato* come medico militare a compiere il suddetto servizio.

Solo in tale ultimo caso Ella dovrebbe attendere, prima di abbandonare il servizio, di essere messo in libertà dalla Direzione di Sanità.

Gli assegni che le spettano all'atto della smobilitazione le saranno corrisposti dall'Ufficio di amministrazione dell'Ospedale che è stato suo centro di mobilitazione, al quale si dovrà rivolgere.

All'abb. n. 9385:

Ella si deve considerare come esonerato dal servizio militare per poter compiere il servizio di condotta.

Non le spetta quindi più l'assegno militare, ma deve percepire gli assegni dal Comune del paese.

Al dott. L. G. da A.:

Ella deve rivolgersi alla Direzione di Sanità che è stata suo centro di mobilitazione e che disporrà per mezzo dell'Ufficio di amministrazione del dipendente Ospedale militare principale.

All'abb. n. 1094:

Se l'esonero per lei richiesto venisse accolto dal Ministero, Ella dovrebbe venir ricollocato in congedo *subito*.

Il congedo poi le spetta anche nella sua qualità di appartenente alla classe del 1876 che da tempo è stata smobilitata.

All'abb. n. 7981:

Nella risposta data al dott. E. P. nel fascicolo 17, si trattava di ufficiali medici.

Ella quindi si troverebbe nei limiti per l'iscrizione nel quadro di avanzamento, ma durante un periodo di indisponibilità, quale l'esonero, il Ministero non procede a promozioni.

All'atto del congedamento della sua classe avrà diritto a tutte le indennità di smobilitazione commisurate dal periodo di servizio prestato sotto le armi.

Al dott. G. G. da P. s. T.:

Avendo Ella prestato servizio effettivo per più di tre anni le competono quattro mensilità di stipendio, più l'indennità vestiario.

Ne faccia domanda al Comitato centrale della Croce Rossa.

Si è già più volte detto che gli ufficiali medici della Croce Rossa hanno diritto, in fatto di indennità di congedamento, allo stesso trattamento dei loro colleghi della Società militare.

Al dott. F. O. da C.:

Il fatto di essere invalido di guerra non sembra infirmare il suo diritto al premio di smobilitazione, ecc.

Al dott. P. M. da U.:

Sembra logico le spetti, non l'indennità speciale in 25 lire, che fu stabilita per la lotta anti-influenzale, ma l'indennità di missione di cui tratta la citata circolare 45410 R. S.

All'abb. n. 2258:

Si è già risposto che ormai tutti gli ufficiali medici di complemento formano un ruolo unico.

Al dott. R. R. da Q.:

La domanda di acquisto può esser rivolta al Ministero della guerra (Direzione generale di Sanità militare - Divisione III [Materiali sanitari]).

Al dott. S. S., Zona di guerra:

Certamente, dato l'identico servizio che hanno prestato.

Al dott. G. C. da C.:

Non vi è nessuna disposizione che regoli gli assegni degli ufficiali medici prigionieri in maniera diversa da quelle comuni agli ufficiali delle altre armi e corpi.

Ciò valga anche per la mancata riscossione degli stipendi, dal 25 ottobre al 30 novembre 1917, che non si comprende come possano venir negati agli ufficiali ex prigionieri di guerra.

Circa il viaggio da Dunquerque a Firenze, io ritengo che debba esser considerato come viaggio compiuto per servizio e che spetti quindi a lei ed ai colleghi l'indennità stabilita per gli ufficiali in viaggio all'estero fino a Modane, e l'indennità ordinaria di trasferta di 1ª categoria da Modane a Firenze.

Ne faccia domanda al Ministero.

All'abb. n. 7803:

Se la proposta di avanzamento che la riguarda è pervenuta al Ministero, non vi è dubbio che la sua promozione possa tardare.

Ella poi avendo ormai compiuto i cinque anni di esercizio professionale ha diritto alla promozione a tenente medico anche per tale titolo.

Potrebbe quindi far domanda di promozione al Ministero allegandovi i documenti che comprovino tale condizione.

All'abb. n. 1577:

Ritengo che come assimilato Ella non abbia diritto a conseguire il premio di smobilitazione.

Al dott. F. C. da M.:

Sembra logico che Ella si rivolga, per ottenere il pagamento dell'indennità, al Comando del Deposito del Reggimento al quale apparteneva.

Potrebbe farlo, per maggior sicurezza di corresponsione, per il tramite del Comando del Distretto militare da cui dipende.

Al dott. F. F., Zona di guerra:

Non risulta che la permanenza in Albania venga considerata dal Ministero come servizio coloniale, agli effetti da Lei accennati.

All'abb. n. 5509:

Se Ella ha compiuto, non importa con quale grado, i sei mesi ed un giorno di servizio prescritti, può fare la domanda per ottenere l'indennità vestiario.

Nessuna indennità compete pel servizio prestato in territorio malarico.

All'abb. n. 7203:

Avendo Ella prestato servizio per circa 9 mesi le spetta la sola indennità vestiario.

Al dott. M.:

Per gli ufficiali medici vi sono regole e norme speciali.

Per ora la loro smobilitazione è giunta alla classe del 1880.

All'abb. n. 4322:

Per avere il diritto alla *croce di guerra* occorre essersi meritato un encomio solenne per fatto di guerra, oppure poter provare di essere stato per almeno un anno esposto alle immediate offese del nemico.

Per ottenere la croce bisogna presentarne domanda al Ministero della guerra, circostanziando le ragioni per le quali si ritiene di meritarla.

All'abb. n. 3418:

Se Ella può ufficialmente far risultare che l'autorità prefettizia (non il comune), in base alla cui richiesta venne esonerato, dichiari di non tenere ad avvalersi dell'opera sua, può chiedere alla Direzione di Sanità dalla quale dipende di venire riassunto in servizio.

Circa poi il periodo di durata di tale servizio non si possono fare sicuri pronostici, ma non vi è ragione di ritenere che, date le attuali contingenze del servizio, verrebbe ricollocato in congedo molto presto.

M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

MONTALBANO ELICONA (*Messina*). Cercasi medico per servizio unica condotta pei poveri ed Ufficiale Sanitario interino o definitivo. Paese prossimo alla linea ferroviaria Messina-Palermo.

Condizioni vantaggiose date importanza paese ed agiate condizioni economiche abitanti.

Rivolgersi al Sindaco Avv. Minissale.

Medico-chirurgo lunga pratica recentemente smobilitato accetterebbe interinato Media Alta Italia ben retribuito.

Dirigere richieste a A. L. Sistina, 20, Roma.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI MEDICI CONDOTTI.

La sezione bolognese della Associazione Nazionale Medici condotti ha riorganizzato nella propria sede (Archiginnasio) l'Ufficio di collocamento degli interini.

Sono stabiliti i seguenti altri Uffici di collocamento:

Lombardia: presso la Presidenza Centrale, Milano, via Dogana, 2;

Veneto: presso l'Ordine dei Medici di Verona, Stradone Super. Maffei, 10.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

Il prof. Georg Arndt, che dirigeva la « Clinica per le malattie cutanee » dell'Università di Strasburgo, è stato chiamato a dirigere la « Clinica dermosifilopatica » dell'Università di Berlino quale successore di Lesser.

MEDICINA SOCIALE.

Assicurazioni contro le malattie e tutela della maternità.

In un Convegno tenuto presso i RR. Istituti clinici di perfezionamento di Milano, il 16 aprile 1919, venne approvato il seguente ordine del giorno:

« Il Convegno, considerando che lo Stato ha il dovere di vigilare e di dar opera affinchè i cittadini crescano robusti e siano elementi produttivi nella vita nazionale;

considerando che le assicurazioni obbligatorie dovranno particolarmente rivolgersi alla prevenzione malattie;

considerando che con l'assorbimento della Cassa Nazionale di Maternità dal nuovo Ente lo Stato deve affidare a questo Ente l'organizzazione efficace e sicura dell'assistenza, tanto del bambino prima della nascita e durante i primi anni di vita, quanto della donna riconosciuta operaia della specie;

premessa la necessità di disporre, perchè ogni donna sana debba allattare la propria prole;

fa voti:

perchè all'assicurazione malattie sieno obbligatoriamente iscritte per la maternità tutte le donne italiane dai 15 ai 50 anni;

perchè presso gli Istituti Provinciali di Previdenza Sociale, che saranno gli organi esecutivi dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni Sociali, vengano erette sezioni speciali per provvedere all'assistenza della madre e del bambino;

perchè il 5 % dei contributi, destinati alle Casse Malattie, vengano attribuiti a queste sezioni onde poter con esse costituire:

1° sussidi di gravidanza eventualmente vincolati all'obbligo dell'astensione del lavoro;

2° sussidi di puerperio e fondi di ricoveri nelle maternità e per l'assisteza estetrica;

3° sussidi di allattamento e fondi per i relativi controlli di medici competenti, per assistenze complementari e ricoveri dei bambini in Ospedali, Cliniche pediatriche, Ospizi marini, montani ecc. ».

Il Convegno nel dare incarico alla signora Fanny Norsa Pisa di presentare e di appoggiare questi voti del Convegno e nel raccomandarli ai membri tutti della Commissione che elabora il disegno di legge per l'assicurazione malattie, invita quanti sono Sodalizi, studiosi, cittadini convinti di queste elementari provvidenze per la madre ed il bambino ad inviare la loro adesione alla Cassa di Maternità di Milano.

NOTIZIE DIVERSE.

Commemmorazioni Vinciane.

L'11 corr., con l'intervento dei Sovrani e delle più alte autorità dello Stato, venne commemorato al Campidoglio il massimo Genio del nostro Risorgimento.

Oratori della grandiosa cerimonia furono il sindaco, principe Colonna, per il Comune di Roma; il ministro della P. I., on. Berenini, per il Governo; monsignor Duchesne per l'Accademie des Inscriptions et Belles Lettres e per il ministro francese della P. I.; il prof. Cermenati per la Commissione Vinciana; il prof. Eduard Jordan per la Sorbona e per il Comitato Vinciano di Parigi; il prof. Vangesten a nome dei Vinciani della Scandinavia; il prof. Favaro per l'Accademia dei Lincei; il prof. Venturi per il mondo dell'arte.

Un ciclo di conferenze si tengono al Campidoglio da illustri vinciani italiani e stranieri, per illustrare nei suoi varii aspetti l'isuperato Enciclopedico.

A Napoli Leonardo da Vinci è stato commemorato solennemente per iniziativa dell'Associazione napoletana dei naturalisti e medici, del Circolo filologico e dell'Istituto di Belle Arti: oratore il prof. Bottazzi.

A Parigi la Sorbona ha organizzato una commemorazione, che sarà fatta dall'on. Ancona.

Altre commemorazioni hanno avuto luogo e si preparano in altre città d'Italia e dell'Estero.

La Lega delle "Croci Rosse,,.

In seguito alle deliberazioni prese alla Conferenza delle Croci Rosse interalleate, riunitasi il mese scorso a Cannes, dove intervennero notissime personalità del mondo scientifico, si è costituita a Parigi la *Lega delle Società della Croce Rossa*. I membri fondatori di essa sono le Croci Rosse britannica, americana, italiana, francese e giapponese, le quali, a loro volta, inviteranno le Croci Rosse delle altre Nazioni ad unirsi a loro in seno alla Lega. Essa è il coronamento dell'opera svolta, durante gli ultimi cinque mesi, dal Comitato delle Società della Croce Rossa, promotore del Congresso sanitario di Cannes.

La Lega ha per scopo l'unione di tutte le Croci Rosse per un lavoro concorde e sistematico.

I progetti della Lega delle Croci Rosse sono stati approvati dalla *Lega delle Nazioni*, ai termini dell'articolo XXV della sua Convenzione che dice:

« I membri della Lega sono d'accordo per incoraggiare e stimolare la costituzione di una organizzazione in cui le varie Società nazionali della Croce Rossa siano riunite per svolgere in collaborazione un'opera di miglioramento della salubrità pubblica, di prevenzione delle malattie e di soccorso ai sofferenti ».

Il Comitato internazionale della Croce Rossa di Ginevra si mantiene in contatto con la Lega delle Croci Rosse, di cui ha accolto con molta simpatia i progetti: si attende con fiducia il momento propizio per realizzare l'unione organica di questi due Enti le cui attività si basano sugli identici principii di altruismo nella lotta per il benessere sociale.

È stata scelta Ginevra a sede del Comitato internazionale della Croce Rossa, come Quartiere generale della Lega delle Croci Rosse.

Conferenza internazionale per la rieducazione degli invalidi di guerra.

Si è tenuta a New-York dal 18 al 25 marzo u. s., sotto gli auspici della Croce Rossa Americana.

Erano rappresentati: i ministeri francese e belga della guerra, il ministero italiano delle pensioni, il ministero inglese del lavoro, il dipartimento canadese per il ritorno dei militari alla vita civile, l'ufficio del servizio sanitario e l'ufficio federale per la rieducazione professionale degli Stati Uniti, le Croci Rosse.

Il prof. Vittorio Putti lesse una relazione sulla organizzazione della rieducazione degli invalidi in Italia.

Congresso di storia della medicina.

Un congresso di storia della medicina avrà luogo ad Anversa nel 1920, in occasione del cinquantenario del dott. Brocke, che fu il primo storico della medicina nel Belgio, e in occasione del terzo centenario del Circolo medico di Anversa, fondato nel 1620.

III. Congresso latino-americano in Francia.

Questi Congressi hanno lo scopo di cementare l'amicizia tra la Francia e i paesi dell'America meridionale, accentuatasi durante la guerra. L'intero movimento è vôlto a riunire le razze latine ed a costituirne un blocco, da opporre in specie alla coltura ed all'attività teutoniche. L'avvicinamento concerne in prevalenza le Università, con reciprocità di ogni specie, compresi i professori; ma non mancano i segni di un'intesa nel campo politico e commerciale.

Il primo di questi Congressi fu tenuto nel 1916 a Lione; il secondo nel 1917 a Parigi; il terzo ha avuto luogo recentemente a Bordeaux.

È strano che non siano state chiamate a farne parte l' Italia, il Portogallo, la Romania e la Spagna.

Per un'associazione di assistenza agli invalidi di guerra.

Il prof. Arnaldo Biasotti ha preso l'iniziativa di istituire un'associazione per l'assistenza dei feriti e malati di guerra, alla quale potranno partecipare tutte le persone generose senza distinzione di partito.

Detta associazione si propone i seguenti scopi:

1. Integrare le opere di provvidenza dello Stato a beneficio dei feriti e malati di guerra in pieno accordo con gli enti pubblici;
2. Assistenza medico-chirurgica ambulatoria ed eventualmente a domicilio gratuita. L'assistenza ambulatoria verrà affidata a distinti specialisti;
3. Assistenza chirurgica nelle migliori cliniche ed ospedali, qualora se ne riconosca la opportunità, con speciali facilitazioni;
4. Assistenza morale e materiale dei militari infermi con speciale considerazione dei più meritevoli.

La lodevole iniziativa merita successo.

Per i ciechi di guerra in Italia.

Il sig. G. A. Kessler, fondatore e presidente del « Fondo per i soldati alleati » di New York, ha rimesso a S. M. il Re la somma di lire 100,000 perchè si degni impiegarla secondo la sovrana discrezione a favore dei soldati e marinai italiani divenuti ciechi durante la recente guerra. Il Re ha stabilito di far pervenire la somma predetta, a mezzo della Presidenza del Consiglio, all'Opera Nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi di guerra, perchè sia devoluta a beneficio dei soldati e marinai chiechi, disponendo che se ne faccia rilevare la provenienza.

Per l'Ospedale di Gorizia.

Il Comune di Milano votò qualche mese addietro un fondo di mezzo milione per venire in soccorso con opere di carattere organico e stabile alle terre devastate dalla guerra.

Su quel fondo contribuì con 150,000 lire pei bisogni immediati; con le rimanenti 350,000 lire stabilì di assumersi la ricostruzione dell'Ospedale civile di Gorizia.

Non appena si avrà l'approvazione del Consiglio comunale, funzionari dell'Ufficio tecnico municipale faranno un sopraluogo a Gorizia, per disporre i preventivi tecnici e finanziari della ricostruzione, e i lavori saranno avviati con sollecitudine.

Consiglio Sanitario provinciale di Trieste.

Nella prima riunione che detto Consiglio ha recentemente tenuto, fu nominato presidente il generale medico prof. Santucci e vice presidente il primario dott. Nicolich.

La discussione s'iniziò sulle epidemie scongiurate di vaiuolo e tifo petecchiale in Trieste e risultò che l'avere sventato il pericolo è merito delle misure profilattiche pronte ed energiche prese dalle autorità.

Notizie rassicuranti si ebbero pure intorno alla lotta antimalarica; deficienti invece apparvero i provvedimenti riguardanti la profilassi celtica.

Il generale Santucci invocò l'azione di medici scolastici idonei alla propria carica per l'efficace tutela dell'infanzia contro i pericoli di contagi.

Il dott. Gioseffi infine lesse una sua relazione sul problema dell'acqua in Istria ed attirò l'attenzione del governo sul tracoma imperversante nei paesetti dell'Istria.

Onorificenze della Croce Rossa Italiana a Londra.

Nella sede della Croce Rossa italiana in Londra ha avuto luogo la distribuzione delle medaglie d'argento e di bronzo e dei relativi certificati alle persone, sia italiane che inglesi, le quali hanno maggiormente cooperato allo sviluppo della benefica istituzione durante tutto il periodo della guerra.

La simpatica cerimonia è stata presieduta dal conte Belafeld, delegato italiano della Croce Rossa, il quale ha pronunciato commoventi parole di ringraziamento verso i benemeriti per l'opera da loro prestata.

La contessa Cadogan, in assenza della marchesa Imperiali, ha distribuito le medaglie.

Nel giornalismo medico.

Gli « Archives Médicales Belges », l'importante rivista belga di medicina, che malgrado il lungo esilio, durante la guerra, è stata alimentata da lavori originali pregevolissimi e da recensioni copiose e diligenti, sono tornati ora in Patria, a Liegi.

Gli « Archives Médicales Belges » accentrano attualmente la collaborazione di tutte le facoltà mediche del Belgio: costituiscono dunque la espressione della scienza medica del nobile ed eroico Paese.

Alla consorella ci è grado porgere auguri cordialissimi di una crescente, meritata diffusione.

Per qualsiasi informazione rivolgersi ai segretari di redazione dottori Stassen e Voncken, Hôpital St. Laurent, Liége.

Gli infortuni in agricoltura e la Cassa nazionale infortuni.

Col 1° maggio è andata in vigore l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni in agricoltura, gestita dalla Cassa Nazionale Infortuni, nelle seguenti sessantuno provincie: Alessandria, Ancona, Aquila, Arezzo, Ascoli Piceno, Avellino, Bari, Belluno, Benevento, Bergamo, Bologna, Brescia, Cagliari, Caltanissetta, Campobasso, Caserta, Catania, Chieti, Cosenza, Cremona, Cuneo, Ferrara, Firenze, Foggia, Forlì, Genova, Girgenti, Grosseto, Lecce, Livorno, Lucca, Macerata, Mantova, Massa Carrara, Messina, Modena, Napoli, Padova, Palermo, Parma, Pesaro Urbino, Piacenza, Pisa, Porto Maurizio, Potenza, Ravenna, Reggio Calabria, Reggio Emilia, Rovigo, Salerno, Sassari, Siena, Siracusa, Sondiro, Teramo, Torino, Trapani, Treviso, Udine, Venezia, Vicenza.

I certificati-denunzia d'infortunio in agricoltura di cui si sta attuando la distribuzione ai Medici, agli Ospedali, agli Uffici postali e ai Comuni, dovranno essere indirizzati dai Medici stessi in franchigia postale alla Cassa Nazionale Infortuni nei Capoluoghi delle rispettive Provincie, in ciascuna delle quali l'Istituto ha organizzato il completo funzionamento amministrativo e medico.

Nessun obbligo di denuncie o di stipulazione di contratti spetta ai proprietari perchè, dato che la nuova assicurazione si applica di pieno diritto, i contributi verranno incassati dagli esattori delle imposte alle scadenze delle rate dell'imposta fondiaria e per quest'anno con le sole scadenze del 10 giugno, 10 agosto, 10 ottobre e 10 dicembre.

Tifo esantematico e vaiuolo.

Dal « Bollettino delle malattie infettive del Regno » pubblicato a cura del Ministero dell'Interno si desume che nella settimana dal 2 al 13 aprile 1919 sono state maggiormente colpite la Toscana (21 casi a Firenze), il Veneto (un focolaio di 11 casi a Cividale) e la Campania (7 casi a Napoli.

***

Il sen. Lustig è stato incaricato dalla Direzione generale della Sanità pubblica di tenere un corso sul tifo esantematico, malattia non conosciuta dalla quasi totalità dei nostri medici. Egli sarà coadiuvato dai dottori triestini Fulger Pepen e Müller, che nei settori austriaci, russi, serbi e rumeni raccolsero molte osservazioni sulla malattia.

***

Nel « Bollettino delle malattie infettive » il vaiolo, durante la settimana dal 2 al 13 aprile, è segnalato in 72 comuni; i più colpiti sono: Bari con 120 casi; Napoli 62; Ortona a Mare 57; Bitonto 42; Carbonara 27; Taranto 18; Salerno 17.

L'idrofobia in Francia.

Dal dipartimento della Senna l'idrofobia era quasi completamente scomparsa dal 1912 al 1916. Essa ha fatto una ricomparsa improvvisa nel 1917 e da allora persiste con una frequenza e una virulenza inquietanti. Nel 1918 se ne sono avuti complessivamente 411 casi; nel gennaio di quest'anno già 69 casi. Essa si è diffusa nei campi di concentrazione dei cani adoperati a scopi bellici e di là tra i cani girovaghi abbandonati nelle campagne e tra quelli di Parigi e dei sobborghi.

Una commissione è stata nominata dall'Accademia di Medicina per esaminare le misure da prendersi.

L'idrofobia in Inghilterra.

Infierisce attualmente in Inghilterra, tra i cani, un'epidemia di idrofobia, di cui non si avevano casi fin dal 1897. Da allora era stato emanato un decreto che proibì l'introduzione di cani, se non dopo una quarantena di sei settimane. Malauguratamente un aviatore portò nell'apparecchio di contrabbando un cagnolino, da cui avrebbe avuto origine la presente epidemia. In conseguenza sono stati emanati decreti per imporre la museruola, che era finora ignota ai cani inglesi.

Sono stati istituiti due posti per la cura antirabica, ma il materiale per le vaccinazioni viene inviato da Parigi.

In onore di un medico.

Gli abitanti del suburbio di Sant'Onofrio della città di Roma, hanno voluto dare al loro medico comunale, dott. Raffaele Scarano, una tangibile attestazione di riconoscenza per l'opera solerte **e indefessa da lui prodigata in occasione della re**cente epidemia d'influenza, offrendogli una medaglia d'oro di finissimo rilievo, accompagnata da un'artistica pergamena circondata da una ricca cornice.

Alla simpatica cerimonia intervennero molte autorità comunali ed uno stuolo di abitanti della popolosa frazione, che acclamarono il loro beneamato medico.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI — Roma, 25 maggio 1919 — Fasc. 21

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. V. ASCOLI.

Il pneumoperitoneo artificiale nella diagnostica radiologica [1]

per il prof. PAOLO ALESSANDRINI,
aiuto, libero docente.

L'idea d'introdurre un gas nella cavità peritoneale a scopo diagnostico rimonta al Lorey, che notò che l'osservazione diretta dei visceri dell'addome mediante il laparoscopio del Jacobaeus riusciva più agevole, quando, dopo l'estrazione del liquido ascitico, s'introduceva una certa quantità di aria nell'addome. Le osservazioni rimasero però limitate, giacchè la laparoscopia non dette i risultati che il suo patrocinatore se n'era promessi.

Nel 1913 il Weber pubblicò le sue osservazioni radioscopiche fatte su animali o su cadaveri mediante l'insufflazione di aria nella cavità addominale: egli con questo mezzo riuscì a mettere bene in evidenza i confini del fegato e della regione della cistifellea ed anche processi patologici dell'addome.

Che l'introduzione di ossigeno, esagerando i contrasti delle ombre radioscopiche potesse portare un notevole progresso nella diagnostica addominale, (dove finora il metodo del pato opaco aveva potuto mettere in evidenza solo il tubo gastro intestinale mentre gli altri visceri addominali sfuggivano completamente all'indagine radiologica) era evidente anche considerando i notevoli vantaggi che si avevano avuti nella diagnostica delle affezioni articolari e vescicali.

Il Berti e Giavedoni ebbero occasione di osservare un pneumoperitoneo artificiale in un caso di tubercolosi polmonare, in cui, per un errore di tecnica, durante il pneumoperitoneo l'ago era penetrato nella cavità addominale.

(1) Sunto della comunicazione fatta all'Accademia Medica il 27 aprile 1919.

Il De Giovanni ne apprezzò il grande valore diagnostico per lo studio dei visceri addominali e delle formazioni patologiche; però l'idea d'introdurre un gas nel cavo peritoneale del vivente aveva incontrato difficoltà per il timore di possibili lesioni dei visceri ermeticamente contenuti nell'interno dell'addome o per la possibilità di complicazioni infiammatorie del peritoneo. Il Meyer Betz nel 1914 fu il primo che osò introdurre aria nel peritoneo del vivente senza ascite. Egli descrive il suo metodo che consiste in una incisione delle pareti dell'addome fino alla fascia trasversale: questa viene attraversata da un ago a punta smnssa, per mezzo del quale s'introduce l'ossigeno.

Egli però non esclude la possibilità di lesioni intestinali e dichiara di preferire per la diagnostica dell'addome, perchè scevro di pericoli, il metodo dell'insufflazione dell'intestino e dello stomaco. A chi però si è occupato di diagnostica radiologica dell'addome risulta chiaro che tale metodo è lungi dal darci risultati decisivi, giacchè esso non consente la penetrazione del gas in tutti gli spazi lasciati liberi dagli organi compatti.

L'insufflazione di ossigeno nella cavità peritoneale nei pazienti con ascite per la diagnosi radiologica fu applicata dal Rautenberg 1914: egli ottenne ottimi risultati per la dimostrazione della volta diaframmatica, della milza e della faccia superiore esterna del fegato: pur consigliando in ogni caso di ascite la insufflazione, egli dichiara di essere riuscito in un caso senza ascite d'introdurre ossigeno senza pericolo nella cavità addominale, ma non ne descrive la tecnica e raccomanda la più grande prudenza.

Motivo per cui per qualche anno non si parlò più d'insufflazione di ossigeno nell'addome finchè qualche mese fa il problema ricevette per opera del Goetze della clinica di Schmiden la sua definitiva soluzione, giacchè la tecnica consigliata e sopratutto il numero grande di casi insufflati senza pericolo (circa 90) dovevano far considerare tale metodo come un metodo di pratica corrente, in vista sopratutto dei notevoli risultati descritti dal Goetze.

Il prof. Ascoli ha dato a me il lusinghiero cómpito di applicare il metodo del Goetze e di controllarne i risultati: io mi sono valso della cooperazione del prof. Egidi, che ha studiato il problema sopratutto della tecnica dell'introduzione del gas ed insieme abbiamo potuto fare le nostre osservazioni, che tra individui con ascite e senza ascite ha raggiunto il numero di 40.

Siamo partiti anzitutto dall'agocannula proposto dal Goetze: esso è costituito da un grosso ago cavo che contiene un mandrino a punta rotonda che sporge dalla punta dell'ago per circa un centimetro. Il mandrino è scanalato ed all'estremo opposto alla punta termina in un tubicino che si mette in comunicazione colla sorgente di ossigeno. Il mandrino è tenuto fisso nella sua posizione da una molla o da un piccolo laccio elastico. Nella manovra dell'introduzione esse è spinto nell'interno dell'ago dalla resistenza delle pareti addominali. Appena questa è superata il mandrino viene spinto con violenza dalla molla elastica allontanando così dalla punta dell'ago i visceri e le anse intestinali eventualmente a contatto colla parete.

Però l'ago è troppo grande ed il trauma non deve essere indifferente ne è da escludersi la fuoriuscita dal grosso foro dell'aria introdotta e la possibilità d'infezioni del tramite. Anche il Goetze deve avere fatto queste considerazioni, tanto che propone l'uso di un ago più sottile anche senza mandrino, purchè l'introduzione avvenga sotto un getto di ossigeno o di soluzione fisiologica ed in qualche caso dice di non aver avuto inconvenienti anche dall'uso di un ago libero. Noi abbiamo, dopo qualche prova, rinunziato al getto liquido o gassoso durante l'introduzione perchè in un caso abbiamo constatato l'infiltrazione estesa gassosa delle pareti: abbiamo perciò adoperato un ago comune da calomelano o gli aghi del pneumotorace, facendo prima smussare leggermente la punta, tecnica questa che l'esperienza ci ha dimostrato innocua. Nei casi con ascite, dopo lo svuotamento del liquido, s'introduce mediante un innesto l'ossigeno attraverso il trequarti.

Che l'introduzione di un ago libero non presenti pericoli ce lo hanno dimostrato le prove praticate prima sui cadaveri, sebbene qui le condizioni siano alquanto sfavorevoli per il meteorismo.

Il malato è disposto orizzontalmente: abbiamo preferito questa posizione a quella semiseduta proposta dal Goetze perchè le pareti addominali sono più rilasciate ed il malato è più tranquillo.

La sede dell'introduzione dell'ago che l'esperienza ci ha dimostrato più indicata è la regione sopraombellicale nello spessore del retto di sinistra sotto all'ottusità epatica: quando il fegato o la milza siano molto grandi pratichiamo la puntura immediatamente sotto a questi organi. Sui cadaveri abbiamo osservato che l'ago introdotto viene a corrispondere presso a poco al colon trasverso. L'introduzione dell'ago si fa in tre tempi: 1°) Cute. 2°) Muscolo retto dell'addome. 3°) Fascia trasversalis. Appena si è sicuri di avere superato quest'ultima s'introduce una piccola quantità di ossigeno per stabilire se siamo nella cavità addominale. Se non si verifica alcuna elevazione della pressione nel manometro dell'apparecchio e se vediamo salire contemporaneamente il pistone liquido del-

l'apparecchio, possiamo essere sicuri di essere penetrati, altrimenti è necessario spingere ancora di qualche millimetro l'ago lentamente. Un altro segno che ci dimostra che siamo nella cavità peritoneale è costituito dalle oscillazioni respiratorie trasmesse al manometro. Un sintoma che si verifica dopo l'introduzione di pochi centimetri cubi di gas è costituito da quello che si potrebbe chiamare urto palpatorio dei visceri addominali. Esso consiste in una sensazione di arresto brusco della mano che si approfonda leggermente a contatto dei visceri, specialmente del ceco. Un sintoma precoce è anche la scomparsa dell'ottusità epatica.

Non ci è mai occorso alcun inconveniente durante l'introduzione: in un caso in cui si verificò l'arresto della penetrazione del gas mentre contemporaneamente saliva la pressione, l'osservazione radioscopica ci dimostrò che esistevano estese aderenze per peritonite cronica fibrosa; in un altro caso notammo che l'ago si era occluso. Quindi per la sicurezza dell'esame è opportuno poter controllare in qualunque momento l'introduzione dell'ago avanti allo schermo.

Per apparecchio d'insufflazione, essendo indispensabile la nozione della pressione e della quantità di gas introdotto, basterebbe una semplice bottiglia di capacità nota ripiena di liquido comunicante con un recipiente fisso ad un'altezza determinata in cui venisse spinto il liquido sotto la pressione dell'ossigeno e che a sua volta agisse da spinta quando venisse interrotta la comunicazione della bottiglia colla sorgente di gas e fosse stabilita la comunicazione coll'ago.

Noi come apparecchio d'insufflazione ci siamo serviti di una modificazione dell'apparecchio di Forlanini, che permette d'introdurre la quantità voluta di ossigeno alla pressione e velocità che si desidera. Il principio dell'apparecchio è basato sulla funzione alternata dei due bracci dell'apparecchio di Forlanini mediante un sistema di rubinetti a due vie e sostituendo il manometro ad acqua con due manometri uno a mercurio perennemente incluso ed uno sottile ad acqua che s'intercala solo per le osservazioni delicate nella pressione addominale. L'ossigeno prima di penetrare nell'addome è filtrato attraverso un filtro di ovatta, sterile.

La quantità di ossigeno che abbiamo introdotta varia dai cinquecento centimetri cubi ai tre litri, ed è regolata anzitutto dallo stato del paziente, dalle condizioni della pressione addominale o dai visceri che più particolarmente si vogliono mettere in rilievo.

Il gas può estrarsi immediatamente dopo l'esame, come abbiamo fatto nel caso di un vasto tumore dell'addome per la forte dispnea accusata dal paziente. Però preferiamo lasciare assorbire l'ossigeno spontaneamente perchè per l'estrazione è necessario un grosso trequarti se si vuole evitare l'aspirazione che potrebbe essere dannosa. L'assorbimento di regola si verifica dopo 24-48 ore dalla introduzione ed in condizioni patologiche può ritardare una o anche due settimane come abbiamo osservato in un caso di cirrosi epatica. Nè si può ancora affermare se questo criterio possa essere utilizzato per lo studio di alcune condizioni morbose dei visceri addominali.

Dopo l'introduzione facendo sollevare il malato a sedere sul letto esso avverte un dolore alla spalla destra o al collo lungo il decorso del frenico variabile a seconda degli individui o delle quantità del gas introdotto. Esso è dovuto probabilmente allo stiramento brusco del legamento coronario per il peso del fegato, giacchè, per la tendenza del gas a portarsi in alto, esso viene a situarsi tra la volta diaframmatica e gli organi ipocondriaci. Difatti l'abbiamo visto mancare nei casi di periepatite adesiva.

Alterazioni del polso e del respiro o della temperatura anche nei giorni consecutivi all'esame non le abbiamo mai osservate.

Abbiamo potuto insufflare infermi con iposistolia, con forte meteorismo o con aderenze intestinali senza conseguenze dannose. La precauzione è necessaria solo in stati infiammatori acuti degli organi addominali.

Se non esistono aderenze diffuse l'introduzione di 500 cmc. di ossigeno e più non modifica notevolmente la pressione endo-addominale.

Le osservazioni che abbiamo praticate sul modo di comportarsi della pressione sono del più grande interesse: qui basti accennare solo a quello che si potrebbe denominare la funzione peristolica della parete addominale che ha analogia colla funzione peristolica dello stomaco: essa consiste nel fatto che introducendo bruscamente una certa quantità di gas in un primo momento aumenta la pressione addominale, che poi lentamente tende a ritornare normale: così introducendo lentamente il gas abbiamo solo modificazioni indifferenti anche dopo due litri. Ciò si comprende facilmente per l'addome sottoposto a continue variazioni del contenuto a seconda dello stato di ripienezza della vescica e dello stomaco. Quindi criterio indispensabile di tecnica è d'introdurre il gas in modo che la pressione non superi mai la pressione iniziale dovuta alla resistenza del filtro e dell'ago, che è opportuno determinare sempre prima della operazione.

Resta ora a dire due parole sulla tecnica di osservazione. Siccome il gas tende a raccogliersi sempre nella porzione più alta è necessario osservare il paziente in diverse posizioni per mettere in evidenza i varî visceri. È necessario sempre praticare la radioscopia e quando si vogliano

dettagli maggiori è opportuno eseguire una lastra, dopo avere stabilito radioscopicamente la posizione opportuna.

Le posizioni che a nostra esperienza sono più importanti sono quattro e potrebbero per una terminologia semplice definirsi come posizione prima o verticale; seconda, orizzontale a raggi paralleli della superficie del corpo; terza, orizzontale a raggi perpendicolari; quarta o genupettorale.

Di ognuna esistono numerose suddivisioni che enumererò schematicamente:

I Posizione: Verticale.

Anteriore o posteriore od obliqua. Si presta per lo studio delle cupole diaframmatiche della faccia dorsale del fegato e della milza, del ventricolo destro e della regione della vena cava inferiore.

II Posizione: Orizzontale con decorso dei raggi orizzontali alla faccia anteriore dell'addome.

Si osserva il paziente su di un tavolo avanti alla camera toracica. Supina, laterali, oblique.

1.) Supina. Superficie anteriore del fegato, legamenti. Stomaco se insufflato, colon, grande omento.

2.) Posizione laterale sinistra faccia rivolta allo schermo = superficie esterna del fegato, poco il rene destro.

3.) Se il dorso è allo schermo meglio il rene destro.

4.) Posizione obliqua antero-destra = rapporti tra fegato e milza.

5.) Posizione laterale destra = rapporto tra milza e rene sinistro.

III Posizione: Orizzontale a raggi perpendicolari al corpo bocconi.

1.) Vedute d'insieme. Fegato, milza reni e colon (specialmente se insufflato).

Il pancreas l'abbiamo veduto indistinto solo in qualche radiografia: ci ripromettiamo di osservarlo meglio mediante un sistema d'insufflazione del duodeno che stiamo studiando.

2.) Dorso ventrale supina (specialmente se un po' obliqua) = Regione della cistifellea (1).

(Le considerazioni diagnostiche e le figure fanno parte di una prossima pubblicazione.

(4)

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Le conseguenze lontane dei traumi della testa sull'abilità al lavoro

per il dott. E. FOSSATARO, Colonnello medico R. N. Libero docente di traumatologia.

Coloro che riportarono un trauma alla testa in seguito di infortunio sul lavoro o sul campo di battaglia, per caduta di pietre o di altri corpi contundenti sulla testa, guariti della lesione anatomica e liquidato l'indennizzo, ritornano al lavoro, confondendosi con la gran massa di operai, o, rimasti invalidi, si occupano come possono. Solo quelli capitano, di nuovo, sotto l'osservazione del chirurgo o del neuropatologo in cui si manifestarono dei postumi più o meno gravi.

Orbene sull'osservazione clinica ed anatomo-patologica di questi casi è stata fondata la descrizione degli accidenti, così detti, terziarii dei traumi alla testa; accidenti che, quando si manifestano, diminuiscono di molto od aboliscono del tutto l'abilità al lavoro degli infortunati.

Essi, però, non sono la conseguenza necessaria di qualunque trauma alla testa. Lesioni gravi, accompagnate da accidenti primari e secondari imponenti, possono guarire lasciando disturbi che diminuiscono di poco l'abilità al lavoro; ed, al contrario, lesioni che parvero di poco conto possono essere seguite da considerevoli disturbi funzionali.

La ragione di questa apparente contraddizione sta, oltre che nel modo come gli infortunati furono curati, nelle condizioni del loro sistema nervoso, più o meno libero da tare ereditarie e da alterazioni acquisite.

Quanto sia frequente la *restitutio ad integrum*, dopo un trauma alla testa, e quanto gli accidenti terziarii; quali di questi si manifestino più frequentemente, si può solo sapere seguendo gli infortunati, per anni, dopo il ferimento.

E, d'altra parte, per conoscere se e come si possa guarire della lesione prodotta dal trauma, od in che modo questa possa dar luogo agli accidenti terziarii, bisogna sapere in che cosa essa consista.

A dilucidare questo secondo punto, oltre la clinica, serve l'esperimento.

Quanto al primo punto, le leggi sugli infortunii, specialmente quelle che danno l'indennizzo sotto forma di rendita modificabile (le leggi in vigore in Germania prima della guerra, e la nostra nuova legge sulle pensioni militari) obbligando gli infortunati alle visite di revisione, danno modo di seguire l'evoluzione delle lesioni prodotte dal trauma.

LESIONI PRODOTTE DAL TRAUMA. — I traumi alla testa, riportati per infortunii sul lavoro, sono prodotti da corpi contundenti o da cadute.

Sul campo di battaglia, nella passata guerra, lesioni impressionanti furono prodotte, nei nostri soldati, da colpi di pietra. I frammenti di roccia, sollevati dallo scoppio dei 305 del peso, alle volte, di parecchi chilogrammi, causarono avvallamenti delle ossa craniche tali da fare meraviglia che i colpiti fossero ancora in vita.

Il trauma può o scontinuare solo i tessuti molli o questi e le ossa craniche, o solamente le ossa.

Effetti sul cervello. — In tutti i casi il cervello subisce alterazioni più o meno notevoli per due ragioni: 1° perchè la scatola cranica, stante la sua elasticità, si deprime nel punto in cui è colpita dal corpo contundente e si solleva al punto opposto (cono di depressione e cono di sollevamento) venendo così a contatto con il cervello e contundendolo più o meno gravemente; 2° perchè contemporaneamente, ed anche quando la parte depressa della scatola cranica non viene direttamente a contatto con il cervello, il liquido cefalo-rachidiano, scacciato, per la scossa, dalla superficie, arriva violentemente nei ventricoli cerebrali e nel quarto ventricolo, producendo rottura di vasi e conseguenti ecchimosi più o meno estese.

La *contusione del cervello,* secondo la gravezza del trauma, può essere di diverso grado. Si distingue una contusione *emorragica* ed una contusione *distruttiva.*

Nel primo caso, alla supreficie delle circonvoluzioni, sotto l'aracnoide, si osserva una vera picchiettatura di tanti piccoli punti rossi, fatti da capillari dilatati, non rotti, e da piccoli stravasi sanguigni. In un grado più avanzato della contusione si ha la rottura dei capillari con stravaso di sangue nella sostanza nervosa, sotto forma di piccoli focolai emorragici della grandezza di una testa di spillo. L'insieme di questi piccoli focolai costituisce delle placche, più o meno estese. In esse la pia, per la rottura dei propri vasi, è la sede di soffusioni sanguigne. Sotto la pia si trova del sangue, stravasato, nei solchi che separano le circonvoluzioni. Alle volte diverse delle descritte placche emorragiche sono separate da circonvoluzioni sane.

Nel secondo caso (contusione distruttiva) si ha un vero spappolamento della sostanza nervosa, che può prendere un lobo ed anche un emisfero intero. La sostanza nervosa spappolata forma, con il sangue, una poltiglia di color rosso bruno. Si hanno, così, dei focolai più o meno profondi, a pareti irregolari, intorno ai quali la sostanza nervosa è rammollita e giallastra. Come ben si comprende, la pia, a livello di questi focolai, è lacerata ed estesamente infiltrata di sangue.

In quanto alla sede dei focolai di contusione si può dire che, in generale, si ha un focolaio di contusione diretto, vale a dire che esso si trova nel punto di applicazione del traumatismo; ma, assai di sovente, si ha anche un focolaio di contusione indiretto, che si trova esattamente al punto opposto, sull'asse di percussione.

Le alterazioni contusive si trovano specialmente nella sostanza grigia, ma, alle volte, anche nella sostanza bianca. Vi sono zone del cervello che, per la loro posizione, sono più esposte alla contusione: esse sono la regione temporo-parietale e le parti della superficie inferiore del cervello, che stanno a contatto con le sporgenze della base del cranio.

Molto frequenti sono i focolai di contusione nei ventricoli, specialmente nel quarto ventricolo, prodotti, sembra, dalla violenza con cui vi arriva il liquido cefalo-rachidiano, scacciato dalla superficie del cervello. Nel quarto ventricolo i focolai di contusione sono evidenti specialmente verso l'angolo inferiore, a livello del nucleo dei pneumogastrici. Alle volte si trovano dei focolai di contusione anche nella spessezza del bulbo. Le parti vicine, acquedotto di SILVIO, forame di MAGENDIE, sono sede anche di contusione. Anche il canale centrale del midollo spinale può essere la sede di focolai di contusione e lacerazioni più o meno estese.

Frattura delle ossa craniche. — Le descritte lesioni del cervello sono prodotte dalla violenza esterna attraverso le ossa craniche, che ne subiscono, a loro volta, gli effetti.

In generale, quando nel cervello si trovano fatti come quelli sopra descritti, la scatola cranica è fratturata. Teoricamente, però, si ammette che si possa avere contusione del cervello, senza frattura, quando l'indice di elasticità della scatola cranica non sia superato nella formazione dei coni di depressione e di sollevamento. Anche in questo caso la contusione si avrebbe, come abbiamo detto innanzi, sia perchè nel movimento di va e vieni che subisce, per la scossa, la massa cerebrale verrebbe a contatto con la parete ossea che le va incontro nella depressione o raggiunge nel sollevamento, sia perchè il liquido cefalo-rachidiano, scacciato dalla superficie, arriverebbe, con violenza, nei ventricoli.

Esperimenti sul cadavere. — L'esperimento sul cadavere conferma le deduzioni teoriche, per quanto riguarda la possibilità che la scatola cranica rimanga intatta dopo traumi considerevoli.

Per avere un'idea della forza necessaria per scontinuare le ossa craniche, io mettevo un cada-

vere nella posizione supina, su di un pavimento di pietra, con la testa poggiante, per la tempia, sul pavimento stesso. Vicino al cadavere mettevo un congegno, per cui era possibile far cadere sulla testa un peso di tre chilogrammi, da altezza differente. Il peso era un grosso mattone, avvolto in un pezzo di tela: il mattone batteva sulla tempia con la sua larga superficie, uguale, senza sporgenze. Un peso simile, cadendo sulla testa del cadavere dall'altezza di un metro e trenta non produceva la frattura.

È chiaro che se, invece di un cadavere, si fosse trattato di un vivo, si sarebbero avuti i fenomeni di una grave commozione cerebrale (1).

Fratture sottoperiostee e sottomeningee. — Per provare la resistenza della scatola cranica all'urto contro il suolo, nelle cadute, io lanciavo un teschio, da diverse altezze, sul pavimento di pietra. Essendo il pavimento liscio, si ebbero, quasi sempre, fratture irradiate, senza infossamento: ma, quello che più monta, alcune volte si ebbero fratture *sottoperiostee* e *sottomeningee*. Asportando il cuoio capelluto, dopo l'esperimento, le ossa sembravano intatte. Quando, però, si scollava il periosteo, si vedeva l'incrinatura delle ossa, una sottile linea di frattura, irradiantesi più o meno.

Un terzo modo di produrre la frattura delle ossa craniche sono le percosse sulla testa. Battendo con violenza sul teschio per mezzo di un corpo pesante, a superficie ristretta, tanto più se il corpo è aguzzo, si produce facilmente la frattura diretta, con infossamento.

Se, invece, le persone si danno non direttamente sulla testa, ma su di un pezzo di tavola interposta fra essa ed il corpo contundente, la forza non agirà concentrata in un punto, ma si estenderà su tutta la parete del cranio, con la quale l'asse è a contatto. Entrerà, così, in giuoco l'elasticità della scatola cranica, *in toto*, e non solamente di un segmento di essa, e la frattura avverrà nel punto di maggiore piegamento di un meridiano o di un parallelo ovvero nel punto di maggiore allontanamento di un meridiano o di un parallelo dall'altro (frattura indiretta, da piegamento o da scoppio).

Le fratture indirette, prodotte in questo modo, si trovano sempre alla base, in una fossa o nell'altra, trasversali od antero-posteriori, secondo il punto del cranio su cui ha agito la forza.

Orbene, quando, in questo esperimento, si adopera la forza manuale di un uomo ordinario, alcune volte, aperta la scatola cranica, pare che le ossa siano intatte. Se, però, asportato il cervello, si scolla la dura madre della base, si vede la linea di frattura in una delle fosse.

Sono queste fratture sottomeningee della base, fratture chiuse, in cui, cioè, non vi è comunicazione della cavità cranica con le aperture naturali, dietrobocca, naso, orecchie. Ora è questa

(1) Contusione del cervello e commozione, vale a dire il fatto anatomico prodotto sul cervello dal trauma e l'insieme dei sintomi che si manifestano in chi è stato colpito alla testa o con la testa ha battuto, sembrano essere in istretta dipendenza, sebbene, nei libri, la commozione e la contusione si trattino in due capitoli differenti.

Da ciò sembrerebbe che, in pratica, noi dovessimo trovare l'uno o l'altro quadro morboso. In realtà, però, solo raramente noi troviamo la fenomenologia della commozione pura e semplice (perdita della coscienza, rilasciamento di tutti i muscoli del corpo, polso piccolo, lento, respirazione fievole). In generale, in chi ha subìto un grave trauma alla testa, insieme con la perdita della coscienza noi troviamo agitazione, movimenti continui della testa e degli arti (anche che non vi siano dei determinati fenomeni a focolaio), sintomi che fanno pensare a fatti irritativi della corteccia cerebrale, da stimolo locale. Ovvero, in pratica, noi troviamo che i fenomeni della commozione passano in quelli della compressione del cervello (perdita della coscienza, rilasciamento dei muscoli, respirazione stertorosa, polso lento, ecc.).

Certo, in pratica, noi osserviamo anche dei casi, in cui chi ha battuto accidentalmente con la testa contro il muro, p. e. ha abbagliamento della vista o perdita della coscienza, che dura qualche istante od alcuni minuti e poi si dilegua, senza lasciare traccia. Ora, sia ciò un semplice fenomeno funzionale, dipendente dallo scuotimento della massa cerebrale, o sia dovuto a disturbi di irrorazione degli elementi nervosi, per le variazioni che avvengono nel lume vasale, di origine riflessa, certo è che una fenomenologia simile a quella che noi indichiamo con il nome di commozione cerebrale leggiera si osserva nei colpiti dalla corrente elettrica di non altissimo potenziale. In costoro, oltre la scottatura profonda locale, si hanno, come sintomi immediati, perdita della coscienza, rallentamento del polso, respirazione fievole, ecc., sintomi che spariscono dopo un tempo più o meno breve, come quelli della commozione cerebrale leggiera, senza lasciare alcuna traccia.

In questi casi dei colpiti dalla corrente elettrica, i fenomeni descritti son dovuti, assai probabilmente, a disturbi di irrorazione del cervello. Per analogia dobbiamo pensare che nella commozione cerebrale leggiera avvenga lo stesso; variazione, cioè, del lume vasale, di origine riflessa.

Quando, però, la commozione dura più di alcuni minuti, i fenomeni che rimangono dopo che l'ammalato è tornato in sè (dolore di testa, irrequietudine, fisonomia abbagliata, polso depressibile) dimostrano chiaramente che nella corteccia cerebrale vi è una causa di stimolo locale che non può essere fatta da altro che dai focolai di contusione prodotti dal trauma.

Concludendo, in qualunque commozione che duri al di là di pochi minuti, noi dobbiamo ammettere un certo grado di contusione del cervello.

comunicazione che costituisce la causa della gravità delle fratture ordinarie della base, per la meningo-encefalite che non tarda a svilupparsi, e che, indipendentemente da complicazioni encefaliche, per sè stesse mortali, potrebbe causare la morte del ferito.

Queste fratture sottomeningee e sottoperiostee, dimostrate da me sperimentalmente sul cadavere, si riscontrano frequentemente nella pratica.

Si ha ragione di sospettare una frattura simile tutte le volte che, dopo un trauma considerevole della testa, mancano i segni clinici della frattura, mentre vi sono imponenti sintomi di commozione e contusione del cervello.

Lesioni dei nervi cranici. — Alle volte l'unico sintoma di una frattura sottomeningea è la paralisi di uno dei nervi cranici. In pratica, come conseguenza di un trauma alla testa, io ho visto solo la paralisi del facciale e dell'abducente. Del facciale ho visto sempre la paralisi tardiva; dell'abducente l'ho vista primitiva e tardiva.

La paralisi secondaria del facciale, in seguito a frattura della rocca, fu bene studiata da Demoulin, Stephanoff ed altri. Per spiegarsela bisogna considerare che, alle volte, si tratta di una semplice incrinatura della rocca in uno dei suoi punti più deboli (pareti del canale di Falloppio). Si capisce come, allora, manchi ogni sintoma immediato. Se non che, dopo un certo tempo, i prodotti del processo di riparazione della fenditura ossea circondano e schiacciano il nervo, il quale perde la sua funzione. Si ha, così, la paralisi tardiva del facciale.

Della paralisi tardiva dell'abducente, per frattura della base del cranio, riferirò un caso: a me non ne è noto alcun altro nella letteratura. Non dubito, però, che altri l'abbiano osservata e descritta, prima di me.

È notissima, invece, la paralisi dell'abducente, che segue immediatamente ad un traumatismo della testa. Essa è considerata come il sintoma patognomonico della frattura dell'apice della rocca.

Rapporti anatomici dell'abducente. — Io ho voluto persuadermi, con i miei occhi, dei rapporti dell'abducente con la rocca del temporale, sotto la dura madre, nella fossa cranica media, ed espongo quanto ho visto, perchè mi sembra il modo più pratico per convincersi del come si possa avere la paralisi di questo nervo, per una semplice fenditura della rocca, senza che la dura madre sia scontinuata.

« Se, in un cadavere, asportata la calotta cranica ed aperta la dura madre, noi solleviamo un emisfero del cervello, vediamo l'abducente, che esce dietro il margine posteriore del ponte, portarsi in avanti ed abbassarsi nel fondo della fossa cranica media, dove perfora la dura madre e sparisce sotto di essa. In questo tratto, fino a che, cioè, perfora la dura madre, il 6° paio sta sotto l'aracnoide, e precisamente in quel compartimento degli spazii sotto-aracnoidei dell'encefalo, che porta il nome di cisterna del ponte e del midollo allungato.

« Per vederlo nel suo tratto sottodurale, vale a dire dal punto in cui perfora la dura madre della fossa cranica media fino all'incisura orbitale superiore, per cui entra nell'orbita, bisogna aprire il cranio lateralmente, facendone la resezione lungo una linea che corrisponde a quella di attacco del muscolo temporale. Abbassando, allora, la valva che risulta da questa resezione, che comprende anche la volta della fossa pterigomascellare, si può sollevare il cervello con tutto il suo involucro. Si vedrà, allora, il tronco dell'arteria meningea media nel punto in cui, penetrata nel forame sfeno-spinoso, passa sulla dura meninge. Sollevando maggiormente il cervello con il suo involucro, si vede la terza branca del quinto paio, che penetra nel forame ovale. Ora, se si lacera la dura madre, che riveste la fossa cranica media, lungo il detto cordone nervoso, si arriva sul ganglio di Gasser, che sta sulla faccia superiore della piramide, e si vedranno anche gli altri due rami che escono dal suo contorno anteriore, cioè la seconda branca, che penetra nel forame rotondo, e, più internamente, la prima che penetra nella fenditura sfeno-sfenoidale. Ora, sollevando questa prima branca, si vede l'abducente, il quale, in questo punto, sta direttamente a contatto con l'apice della rocca, che circonda ad angolo retto, formando attorno ad essa un'ansa aperta in fuori ».

Stando così le cose, quando una fenditura, più esatto è dire una linea di frattura, passi per l'apice della rocca, rimanendo intatta la dura madre, la quale, come abbiamo visto, ha un elasticità maggiore di quella dell'osso, l'abducente si troverà proprio nel focolaio della frattura (versamento di sangue, prima, e poi tutti gli altri processi che costituiscono la formazione del callo) e cesserà di funzionare per compressione delle sue fibre. Siccome la compressione avviene lentamente per le cause anzidette, così la paralisi non sarà immediata ma si stabilirà lentamente. Solo quando la scontinuità dell'osso fosse tale da distendere o spezzare il nervo, si avrebbe la paralisi immediata.

Quello che abbiamo detto per l'abducente vale anche per la prima, seconda e terza branca del quinto e per il ganglio di Gasser, che si trovano sotto la dura che tappezza la fossa cranica media,

e che, al pari dell'abducente, potrebbero trovarsi al di sopra di una linea di frattura che passasse attraverso la rocca.

EVOLUZIONE DELLE LESIONI PRIMITIVE PRODOTTE DAL TRAUMA. — Le lesioni prodotte dal trauma alle volte guariscono senza lasciare tracce, altre volte, invece, si trasformano dando luogo ad alterazioni permanenti anatomiche che sono la causa dei così detti *accidenti terziarii*. — Di tali alterazioni permanenti se ne trovano sul cuoio capelluto, sulle ossa, sulle meningi e sul cervello.

Sul *cuoio capelluto* si possono trovare cicatrici dolorosissime, aderenti o no, il cui contatto dà luogo ad accessi nervosi. Ma più spesso si vedono, sul cuoio capelluto, cicatrici pulsanti, quando, per mancanza della parete ossea, i comuni tegumenti hanno presa aderenza con le meningi o con il cervello.

Sulla *parete ossea*, oltre l'infossamento, che può essere più o meno esteso, si trovano, alle volte, fistole suppuranti, dovute ad un processo di osteite in atto. Per lo stesso processo di osteite, l'osso può essere più vascolarizzato del normale, od essere ispessito, eburneizzato. Possono, inoltre, essersi formate delle iperostosi, limitate al tavolato interno e dipendenti da una frattura parziale di detto tavolato.

Tra l'*osso e la dura madre* si sono trovati dei reliquati di focolai emorragici, divenuti cistici, che possono provocare un'irritazione permanente della dura madre, e dar luogo a sintomi analoghi a quelli dei tumori intracranici, per il loro sviluppo progressivvo.

Le *meningi* possono essere ispessite, più vascolarizzate del normale ed aderenti. Alle volte, sulla loro superficie si vedono delle strie raggiate di tessuto fibroso neoformato, reliquato di un processo infiammatorio cronico. Altre volte si tratta di una vera pachimeningite emorragica, tanto è lo sviluppo della rete vasale. — Nelle meningi di alcuni, divenuti pazzi a seguito di un traumatismo del cranio, si sono trovate delle vere concrezioni calcaree. — Alle volte, dura e pia madre sono aderenti; altre volte, le alterazioni della pia sono indipendenti da quella della dura; possono, anzi, essere più considerevoli. Ciò deve avvenire nelle contusioni del cervello senza frattura delle ossa craniche. Alle volte, fra dura e pia si trova una cisti a contenuto emorragico, sieroso od anche purulento.

Sul *cervello* le lesioni si trovano, alle volte, nel punto della contusione diretta, altre volte in quello della contusione indiretta. Possono essere o dei focolai di rammollimento più o meno estesi, che spiccano, per il loro colorito sul tessuto cerebrale normale (focolai dovuti ad alterazioni vasali in seguito alla contusione); o delle cisti, a contenuto siero-ematico, residuo di un'emorragia o di un rammollimento localizzato. Si hanno, inoltre, vere cicatrici della corteccia cerebrale, fatte da strisce o placche di tessuto fibroso, alle volte depresse, alle volte esuberanti come un tumore, alle volte contenenti una cavità cistica, ad evoluzione sempre lenta e progressiva, il che spiega la comparsa tardiva dei fenomeni morbosi.

Le alterazioni descritte si sono trovate all'autopsia od all'operazione di alcuni ammalati che presentavano accidenti tardivi, dopo un traumatismo alla testa. Bisogna dire, però, che, in altri, non si è trovato nel cervello niente di notevole, macroscopicamente: microscopicamente, invece, si trovò una sclerosi interstiziale, più o meno estesa. Bisogna anche notare che alla base del cervello si trovano, alle volte, i nervi con lesioni cicatriziali.

Le diverse lesioni anatomiche descritte sono quasi sempre accompagnate da ipersecrezione di liquido cefalo-rachidiano.

Queste sono le lesioni anatomo-patologiche, che, a seguito di un trauma alla testa si sono trovate sul cuoio capelluto, sulle ossa, sulle meningi, sul cervello degli infortunati.

Vediamo adesso a quali fenomeni morbosi dànno luogo, a quali conseguenze, dal punto di vista della limitazione dell'abilità al lavoro.

CASISTICA.

Nei seguenti 3 casi, curati da me nel Riparto Chirurgico dell'Ospedale di Marina di Venezia, nel 1910, si trattò di fratture sotto-meningee e sotto-periostee, in due della base ed in uno della volta.

1° CASO. — Il timoniere G. Michele, il giorno 9 maggio 1910, essendo caduto dall'altezza di due metri e mezzo, riportò contusione senza apparente frattura, della regione parietale destra. Si ebbero fenomeni di commozione e contusione del cervello, amnesia, afasia, contrazione spasmodica delle palpebre dell'occhio destro. Seguì strabismo interno.

Tutti questi fenomeni scomparvero. Il G. uscì dall'Ospedale ai primi di settembre, perfettamente abile al lavoro.

Non mi è riuscito avere ulteriori notizie del G.

2° CASO. — *Ferita contusa della testa, sul vertice*, per caduta su di essa di una tavola. Comparsa, al 14° giorno, di una *paralisi secondaria del facciale di sinistra.*

Il ferito, marinaio, fu riformato, con pensione, ma era perfettamente abile a fare il suo mestiere di pescatore.

Anche di questo ferito non mi è riuscito di avere ulteriori notizie.

3° CASO. — Un operaio dell'Arsenale, il giorno 11 settembre 1910, cadde dall'altezza di 4 metri, battendo a terra sul lato sinistro del corpo. Si ebbe ecchimosi immediata delle palpebre, stravaso sanguigno sotto la congiuntiva bulbare,

anche immediato. Dolori alla percussione nei dintorni della fossa temporale, con suono di pentola fessa.

Guarigione ed uscita dall'Ospedale in dicembre.

Ora, dopo 9 anni, il C., dell'età di 72 anni, è in buona salute e gira tutto il giorno per Venezia.

4° CASO. — *Grave traumatismo della testa, senza frattura apparente. Paralisi degli abducenti, Paresi degli arti inferiori.*

L'infortunato, ferito il 3 luglio 1909, ebbe la rendita del 100 per 100.

7 anni dopo e, cioè, in giugno del 1916, l'infermo camminava con l'aiuto del bastone e si aiutava con l'altra mano, appoggiandosi alla ringhiera, per salire e scendere le scale. L'occhio sinistro si trovava in forte strabismo convergente.

La rendita fu abbassata al 60 %.

5° CASO. — Grave *traumatismo della testa* senza frattura apparente. *Epilessia.*

L'infortunio avvenne il 5 maggio 1904 per caduta dall'altezza di 4 metri.

31 mesi dopo il disgraziato accidente e, cioè, in gennaio 1916, si parla nei certificati medici, per la prima volta, di accessi epilettici.

Il Consorzio Assicuratore dette una rendita del 50 %. Avendo, però, l'infortunato ricorso, il Tribunale ordinò una perizia, nella quale conchiusi che, dal 1904 al 1912, era avvenuto un peggioramento nelle condizioni dell'infortunato e che la sua abilità al lavoro era, nel tempo della perizia, minore di quella che era stata quando fu stabilita la rendita del 50 %.

6° CASO. — *Contusione della testa,* senza apparente frattura, *Commozione cerebrale, disturbi della parola.*

L'infortunato, nel maggio del 1908, fu colpito alla testa da una grossa pietra e cadde privo di sensi. Lo stato di grave commozione cerebrale persistette alcuni giorni e scomparve lasciando disturbi della favella.

All'infortunato fu data la rendita del 20 %.

4 anni dopo, e cioè nel novembre del 1914, l'infortunato era considerevolmente migliorato dal punto di vista dello stato mentale e di quello della nutrizione generale. Le sue mani erano callose, lo che dimostrava che era dedito al lavoro.

La rendita fu ridotta al 15 %.

7° CASO. — *Ferita a lembo, lunga 18 cm., della regione frontale e parietale destra; frattura* baente, lunga 8 cm., dell'osso frontale, sull'occhio destro. Grossa ferita contusa della regione parietale sinistra, con ematoma. Fenomeni di compressione del cervello, con polso a 38 al minuto.

L'infortunato fu operato. All'uscita dall'Ospedale gli si dette una rendita del 100 %, che, negli anni successivi, per miglioramento sopravvenuto, fu ridotta a 75 %, 60, 50, 25 ed, 11 anni dopo, al 15 %.

8° CASO. — *Frattura complicata della volta del cranio, con infossamento e compressione del cervello.*

L'infortunato fu operato. All'uscita dall'Ospedale gli fu data una rendita del 50 %. 15 mesi dopo, essendo l'infortunato molto migliorato dal punto di vista dell'abilità al lavoro, la rendita fu abbassata al 20 %.

9° CASO. — *Frattura complicata, con intervento, permanenza di un seno fistoloso.*

Guarito dall'atto operatorio, l'infermo fu messo in uscita dall'Ospedale con una rendita del 50 %.

Il seno fistoloso guarì dopo 5 anni, epoca in cui l'infortunato accudiva regolarmente al suo mestiere.

La rendita fu abbassata al 20 %.

10° CASO. — *Frattura complicata della regione frontale, guarita con infossamento.*

Vi era anche lesione della cornea all'occhio sinistro.

All'uscita dall'Ospedale l'infortunato ebbe una rendita del 70 %, che dopo un anno fu abbassata al 60 %, di cui 30 per la lesione corneale e 30 per i postumi della frattura.

Dal punto di vista del sistema nervoso non si osservava niente di importante.

L'infortunato si lagnava solo di vertigini e mal di testa.

11° CASO. — *Frattura complicata della regione frontale,* riportata nel marzo del 1900. Si intervenne per togliere le schegge. All'uscita dall'Ospedale rimaneva nella cicatrice un seno fistoloso. L'infortunato ebbe una rendita del 40 %, che fu ribassata al 15 % nella visita di revisione fattagli nel 1912, e fu soppressa nel 1915, essendo egli guarito delle conseguenze del trauma riportato. Si era chiuso il seno fistoloso e non vi era alcun disturbo nervoso.

12° CASO. — *Frattura complicata della regione fronto-parietale, riportata* 8 anni prima. L'infortunato aveva, nella regione parietale sinistra, una cicatrice infossata, a forma di ferro di cavallo, coperta di capelli ed indolente alla pressione. Sulla fronte, a destra, si trovava un'altra cicatrice, infossata ed indolente.

L'esame del sistema nervoso era negativo. Gli fu data una rendita del 15 %, vita natural durante.

13° CASO. — *Frattura complicata della testa,* con perdita della memoria, vertigini, irritabilità nella zona di distribuzione del facciale.

La lesione fu riportata nell'agosto del 1911. Guarita la ferita, fu data all'infortunato una rendita del 25 %. L'anno dopo fu sottoposto a visita di revisione, dalla quale risultò che aveva molto sofferto nell'intelligenza e che andava soggetto a forti vertigini, per cui cadeva dove si trovava.

All'esame obbiettivo si trovò un profondo infossamento delle ossa del cranio nella regione temporo-frontale sinistra. Vi erano contrazioni tonico-cloniche delle palpebre, specialmente a sinistra.

Proposi un aumento di rendita ed una nuova visita dopo un anno. Il Consorzio Assicuratore, invece, lo fece rivisitare dopo 4 mesi. Constatai un miglioramento considerevole. Le vertigini erano quasi del tutto scomparse. Le palpebre non avevano più quel tic di cui si è parlato innanzi. L'infortunato lavorava in campagna.

La rendita fu ridotta al 20 %.

14° CASO. — *Frattura complicata della testa, con contusione distruttiva del cervello. Emiplegia sinistra. Ossificazione incompleta e pulsazione della cicatrice.*

Guarita la ferita, l'ammalato uscì dall'Ospedale con una rendita del 100 %.

4 anni dopo si notava ancora, nell'infortunato, considerevole atrofia all'avambraccio sinistro ed impossibilità di reggersi in equilibrio, ad occhi chiusi. La rendita fu abbassata a 66 e 2/3 %. 2 anni dopo si constatò un considerevole miglioramento. L'infortunato camminava senza bastone, trascinando alquanto l'arto sinistro. Faceva il mestiere di zoccolaio.

Ciò nonostante la rendita fu mantenuta, non essendovi ancora ossificazione completa della cicatrice.

15° CASO. — *Frattura complicata della regione temporo-parietale destra. Ossificazione incompleta e pulsazione della cicastrice.*

L'infortunio avvenne nel maggio del 1911. La ferita si complicò ad ascesso del cervello. Intervento per dare esito al pus. Dopo parecchi mesi l'ammalato guarì, rimanendo, però, sulla tempia un difetto osseo. In marzo del 1912 si constatarono accessi epilettici. Gli fu data la rendita del 50 %.

Nel 1914 esistevano sempre gli accessi epilettici che venivano a periodi di qualche mese più. La cicatrice, nella regione temporo-parietale destra, presentava una chiara pulsazione espansiva. Sensibilità e motilità normali.

La rendita non fu modificata.

16° CASO. — *Frattura complicata della testa nella regione parieto-occipitale. Atassia cerebellare.*

L'infortunio avvenne nel novembre del 1904. Guarita la ferita, rimasero dei considerevoli disturbi di moto agli arti inferiori. Gli fu data la rendita di 100 %. Nove anni dopo e, cioè, nel dicembre del 1913, l'infortunato si lagnava di veder poco e di non potere nè stare in piedi nè camminare senza aiuto. Sul vertice vi era un infossamento delle ossa, 7 cm. largo, 8 lungo e profondo 3 mm.

La rendita del 100 % fu conservata.

17° CASO. — *Frattura complicata del vertice con infossamento delle ossa. Epilessia. Morte con fenomeni di meningo-encefalite.*

L'infortunio avvenne il 1° aprile del 1900. Guarita la ferita, rimase una pulsazione della cicatrice che si vedeva ancora il 20 novembre 1903. Nel certificato medico del dicembre 1904 viene segnalata la scomparsa della pulsazione.

In tutti i certificati si parla di eccitabilità esagerata del sistema nervoso e di accessi epilettici. L'infortunato aveva una rendita del 60 %, che, nel 1910, fu ridotta al 50. Nella visita del maggio 1912 si constatò che gli accessi si ripetevano una volta al mese. Sulla testa, in corrispondenza del vertice, l'infortunato presentava un profondo infossamento delle ossa. Appena lo si toccava sulla faccia, per osservare la reazione della pupilla alla luce, l'infortunato era preso da forte eccitazione nervosa. Vi era tremore delle braccia.

Un anno dopo, però, questi fenomeni erano scomparsi; tanto che si giudicò essere sopravvenuto in lui un considerevole miglioramento. L'infortunato si era ingrassato. Ma 5 mesi dopo questa visita e, cioè, nel dicembre del 1913, l'infortunato fu preso da un violento accesso di epilessia, sotto il quale cessò di vivere.

CONCLUSIONE.

In complesso, di diciassette infortunati, che riportarono un grave traumatismo del cranio, seguìto da frattura, con infossamento o senza, tenuti sotto osservazione per un periodo di tempo che va dai 14 ai 9 anni, sei ebbero accidenti terziarii, che limitarono l'abilità al lavoro dal 50 al 100 %. Di questi sei, tre erano affetti da epilessia, uno da atassia cerebellare, uno da strabismo convergente per paralisi dell'abdutttore, oltre che da un lieve grado di atassia, ed il sesto da ipotrofia dell'avambraccio e gamba sinistra.

Dei tre epilettici, uno morì per cause dipendenti dal traumatismo alla testa, riportato sul lavoro, per cui la Società assicuratrice fu obbligata a corrispondere un indennizo alla vedova.

Degli altri undici, sette ebbero una limitazione dell'abilità al lavoro dal 20 al 15 %. Un marinaio e l'operaio dell'arsenale furono riformati, con la pensione di terza categoria (vecchia legge). Due guarirono completamente della lesione riportata.

La gravezza delle conseguenze del trauma non è stata in relazione con l'entità del trauma stesso. Difatti, il ferito al n. 7, riportò, apparentemente, una lesione assai più grave di quelli ai numeri 4, 5, 14; eppure il primo si potè considerare quasi guarito, mentre gli altri tre ebbero dei gravi postumi, che limitavano assai la loro abilità al lavoro.

Più in relazione con l'entità delle conseguenze del trauma sembra essere il punto in cui la testa è stata colpita. — Le lesioni della regione frontale nei nostri infortunati nn. 7, 10, 11, furono, relativamente, poco gravi. Anche l'infossamento osseo in questa regione, come si osservò negli stessi tre feriti, non produsse fenomeni importanti. Forse ciò si dovette ai seni frontali, che formano come un'intercapedine protettiva del cervello.

Gravi conseguenze diede, invece, il trauma della regione occipitale nell'infortunato al n. 4, sebbene non vi fosse stata frattura apparente.

Il ritardo dell'ossificazione della cicatrice coincidette, nei nostri infortunati, con la gravezza dei postumi. Difatti, in due dei tre epilettici vi fu ritardo di ossificazione. Nel F., al n. 17, si si ebbe l'ossificazione della cicatrice dopo 4 anni; nel P., al n. 13, dopo più di due anni dall'infortunio, trovai ancora la cicatrice pulsante; nel C. C., al n. 8, in cui l'ossificazione fu completa dopo poco più di un anno, si ebbero anche gravi disturbi, durante il tempo in cui la cicatrice era pulsante.

Fa eccezione, però, il ferito al n. 14, nel quale, ad onta della cicatrice che, dopo sei anni, non era ancora ossificata, i gravi accidenti primarii (emiplegia, atrofia muscolare) conseguenza della contusione distruttiva del cervello, a poco a

poco scomparvero; tanto che egli riacquistò una abilità al lavoro superiore a quella che indicava la sua rendita. Nessuno, in questo ferito, dopo il grave trauma alla testa, avrebbe fatto una prognosi così favorevole.

Viceversa, l'infortunato al n. 17 morì per le conseguenze del trauma, riportato 14 anni prima, pochi mesi dopo che era stato constatato in lui un notevole miglioramento e gli era stata ribassata la rendita.

Questi fatti, e quelli riferiti innanzi, dimostrano, che, nei traumi della testa tutto è possibile, poichè manca al medico perito una base sicura su cui fondare previsioni. Per questa ragione il giudizio, relativamente alle loro conseguenze, deve essere sempre riservato.

Venezia.

NOTE PRATICHE.

Inconvenienti e danni dei comuni rimedi.

I fatti di intossicazione da parte di medicamenti sono stati osservati da ogni medico; sono generalmente da attribuirsi ad intolleranza individale da parte del malato (idiosincrasia, che si è voluta da qualcuno interpretare come anafilassi medicamentosa), talvolta a prescrizioni incongrue (come p. e. la somministrazione prolungata di digitale, l'uso di oppiacei nei bambini) o ad inesperienza circa gli effetti del rimedio, come p. e. è accaduto nei primi tempi in cui veniva usato il salvarsan. In questi casi però trattasi di solito di pazienti, già in cura e sotto l'osservazione del medico, il quale può subito comprendere l'origine dei disturbi presentati dal malato e porvi adatto riparo.

Ben diverse si presentano le condizioni quando l'individuo ha preso il rimedio di propria iniziativa, ciò che al giorno d'oggi va succedendo con frequenza sempre maggiore. Contribuiscono a questa abitudine molte circostanze: la diffusione della coltura, i trattatelli di medicina popolare, le chiacchiere delle comari, l'usanza invalsa di ricorrere per i primi disturbi al farmacist , ciò che dà al pubblico la massima soddisfazione, potendo così ottenere il consiglio ed il rimedio..... senza sborsare l'onorario per la visita.

Gli inconvenienti, che possono derivare da tale sistema, non sono nè pochi nè lievi; basti pensare alla quantità di intrugli, annunziati a colpi di gran cassa sulle quarte pagine dei giornali, coi nomi più strampalati, con le virtù più miracolose, con le figure più suggestive per comprendere come il profano, che vi abbocca facilmente, sia poi la vittima incosciente, sia perchè il rimedio gli può aggravare il male, sia perchè fidandosi della specialità, trascura di consultare la persona dell'arte a cui ricorre troppo tardi. Così dai numerosi specifici contro la stitichezza ne risultano spesso delle enteriti ribelli, le svariate iniezioni e polveri antisifilitiche ed antiblenorragiche non danno nel caso più favorevole che una cura incompleta, le pillole e le miscele contro la tosse permettono che un insidioso processo tubercolare determini lesioni inguaribili. Ma senza entrare in questo campo troppo spinoso delle specialità, vogliamo qui accennare agli inconvenienti che possono verificarsi per l'uso di rimedi, che tutti conoscono e che tutti usano sia pure a sproposito, inconvenienti che talora possono essere gravi e mortali.

Qual'è per esempio la donnicciuola che per la cefalea o la neuralgia non ricorre all'antipirina, alla fenacetina, al piramidone, o ad altri preparati del genere? Il medico sa che essi sono controindicati o vanno usati con prudenza negli individui deboli, nella degenerazione grassa del miocardio, nelle nefriti croniche, e li prescrive quando ritiene che non possano nuocere, ma il profano non conosce nulla di ciò; sa che al compagno di lavoro, al conoscente, il piramidone ha fatto passare il mal di testa e, ritenendo che sia indicato anche per lui, lo prende senz'altro, avendone poi talvolta disturbi di una certa gravità, consistenti specialmente in lipotimie, debolezza cardiaca, ecc.; spesso sudori profusi, che riescono quanto mai molesti.

La fenacetina, a dosi elevate può provocare cianosi, vomito, vertigini, esantemi, collasso. L'antipirina può dare fenomeni di congestione, vertigini, vomito, edemi, esantemi (orticaria), irregolarità cardiaca, albuminuria, cilindruria, iscuria; talora si è verificata la morte, come p. e. in un uomo di 65 anni, in seguito alla somministrazione di 50 cg. ed in una bambina, per un suppositorio contenente 30 cg.

Durante l'epidemia di influenza, il consumo di aspirina è stato grandissimo nonostante le raccomandazioni dei medici di non ricorrere a tale medicamento se non dietro prescrizione medica. Eppure i fenomeni tossici da aspirina sono tutt'altro che rari: si manifestano specialmente con edemi alle labbra, lingua, naso, palpebre, con eruzione di orticaria, vertigini, nausea e talora cianosi. Anche per l'aspirina, si sono citati dei casi di morte; fra i recenti ricorderò quello di Lewis, di un giovane ventiquattrenne, che prese in poche ore circa 12 grammi di aspirina; si manifestò in conseguenza notevole anemia, vomito ostinato, polso frequente (150 al 1'), enterroragia e morte. Oltre a questa osservazione, in cui la dose era straordinariamente esagerata, vi è un altro caso, non però mortale, di Shelby, di una donna trentaduenne, che 45 minuti dopo aver preso 32 cg.

di aspirina, provò senso di bruciore alla nuca; apparvero edemi alle mani. e chiazze biancastre sulla faccia e sul corpo. L'edema si estese al viso, e si stabilì una violenta irr tazione della la inge: polso frequentissimo, respirazione spasmodica, vomito e lipotimia.

In seguito i fenomeni, che erano stati tanto minacciosi da far temere la morte, scomparvero abbastanza rapidemente.

Anche l' uso prolungato di piccole quantità di aspirina può portare ad una intossicazione, come è provato da una osservazione di Stiell; il paziente dopo aver preso giornalmente per sette anni poco più di un grammo di aspirina, ebbe sintomi di avvelenamento, manifestantisi dapprima con iperemia congiuntivale, poi edema acuto circoscritto, grave orticaria bollosa, insonnia, vomito, diarrea, disfagia per edema della lingua e delle fauci. La soppressione del medicamento ed una adatta terapia fecero scomparire in qualche settimana i sintomi morbosi.

Un' altra categoria di medicamenti, di cui il profano facilmente abusa, è data dagli ipnotici; comunissimo fra questi il veronal, per il quale non dovrebbero oltrepassarsi le dosi 30-60 cg. In quantità più elevate, può determinare sonno profondo, da cui è difficile destare il paziente; i riflessi sono aboliti nella intossicazione grave; la temperatura è più o meno elevata, arrivando anche a 41°, il polso frequente; per la diagnosi con l'intossicazione da oppiacei, con cui ha di comune la miosi, si tenga presente che con questi il polso è meno frequente e la temperatura meno elevata.

Quando l' ammalato guarisce, dopo un sonno anche di un paio di giorni passa per uno stato di torpore con semicoscienza, che può durare per qualche giorno. I casi letali, che si sono verificati anche con 5 grammi, finiscono con iperpiressia e coma. L'Inghilterra ha giustamente provveduto ad eliminare questi pericoli, considerando il veronal (che vi ha il nome ufficiale di barbitone) come un veleno, che va rilasciato soltanto dietro prescrizione medica. Casi letali si sono avuti anche per l'uso di pantopon (morte in venti minuti dopo l' iniezione di 1 cmc.). Inconvenienti abbastanza gravi (convulsioni, tremori, incontinenza di urina e di feci) si osservano col cloralosio.

Anche l' urotropina, che gli individui con affezioni delle vie urinarie prendono abitualmente, può dare disturbi di una certa entità, consistenti in irritabilità vescicale, che può arrivare alla stranguria, albuminuria, ematuria. Questi fatti si debbono ad una insufficiente diluizione del rimedio (donde la necessità di prescrivere, durante la somministrazione, abbondanti bevande), ad alta acidità orinaria e talvolta a cause ignote, cui si dà il nome di idiosincrasia.

Non sono rari gli accidenti cutanei in seguito all'uso di rimedî esterni. Il mesotan può provocare esantemi, specialmente se usato non diluito, per frizioni, o con fasciature impermeabili; il salol, che entra nella composizione di molti dentifrici e di polveri contro il raffreddore (nasaline), può determinare delle dermiti eritemato-vescicolose alle labbra ed alle narici; le tinture per capelli (oltre a fenomeni tossici generali) dànno, talvolta, subito alla prima applicazione, tal'altra dopo un lungo periodo di tolleranza, delle eruzioni eczematose che si estendono a tutto il viso, al collo, alle mani. La stessa vaselina, che dai profani viene ritenuta ed usata come un grasso, determina qualche volta una dermatite follicolare, in cui non si ha sviluppo di comedoni, ma di noduli cutanei, fra i quali la pelle appare integra, tipo morboso che si può riferire in complesso all'acne petrolica.

Questi disturbi sono stati osservati con una certa frequenza in Germania, dove per la deficienza di grassi, si è fatto largo uso di vaselina per gli unguenti. Persino la tintura d'arnica, rimedio spiccatamente popolare, può agire provocando eczemi.

Anche i rimedi apparentemente più innocenti possono dunque essere dannosi e non dovrebbero essere lasciati usare largamente ai profani: ciò va detto specialmente per gli analgesici e gli ipnotici (il veronal dovrebbe essere considerato come la cocaina e la morfina), per i quali non sono infrequenti i casi letali.

A. FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Indicazioni per la diagnosi di gastropatia.

(L. Pron. *Journal des praticiens*, 12 aprile 1919).

È necessario anzitutto conoscere se l'individuo è affetto da poco o da molto tempo, ciò che non è sempre agevole, poichè spesso l'ammalato trascura di ricordare i piccoli disturbi di cui soffre da tempo: occorre quindi posare la questione precisa se non abbia mai avuto prima d'ora, un certo malessere alla fine dei pasti, risveglio notturno con sensazione di peso, pirosi, acidità, ecc. Se la risposta è negativa si può ritenere che l'affezione sia di origine recente.

In tal caso, quando il paziente accusa anoressia, o appetito scarso, malessere dopo i pasti, con eruttazioni di tanto in tanto, qualche vago dolore, trattasi senza dubbio di *ipocloridria* semplice o con *atonia*.

Quando invece vi sia un appetito forte, con dolori e bruciori, e acidità qualche ora dopo il pasto e se l'ingestione di cibo dà un senso di benessere, si può far diagnosi di *ipercloridria;* se poi le eruttazioni hanno odore putrido, si aggiungerà *con fermentazione*, la quale è più frequente nella iperche nella ipocloridria.

Se l'ammalato ha eruttazioni *inodore*; a salve, con o senza rigurgiti alimentari, si tratta di *aerofagia*; l'individuo lascia intravedere un certo nervosismo; anche durante la visita si può osservare abbassarsi il mento o qualche movimento di deglutizione, ciò che deve fare ammettere indiscutibilmente l'aerofagia.

In presenza di un ammalato di una certa età, che ha avuto sempre buone digestioni ed in poco tempo ha perduto l'appetito, è dimagrito, accusa dolori gastrici continui o in momenti diversi della giornata, si deve pensare al *cancro*. È necessaria allora una esplorazione attenta e profonda specialmente nella parte destra dell'epigastrio; se essa è negativa, si procederà ad un'analisi del succo gastrico, dopo il pasto di prova. Nel caso di acloridria con presenza di acido lattico fare diagnosi *probabile* di cancro: solo se la reazione del sangue è positiva affermare l'esistenza del tumore; se da questi esami non si ottiene nulla di positivo, procedere all'esplorazione radiologica.

Quando si tratti di una donna che accusa disturbi gastrici, praticare un esame accurato e profondo dell'addome; spesso tali disturbi non sono che il contraccolpo di una ptosi generale o locale, specialmente del rene destro.

In questi casi la cura dello stomaco sarebbe inutile se si lasciasse il rene libero di arrivare nella fossa iliaca, il colon trasverso arrivare al pube, lo stesso stomaco giungere al piccolo bacino, ed il fegato pure ptosico.

Bisogna anzitutto lottare contro lo squilibrio addominale, e decidere se lo stato gastrico è la causa o l'effetto di tale squilibrio, ciò che può riconoscersi con la sondatura a digiuno. Se il liquido è composto unicamente di bile o di liquido sieroclorurato, lo stato gastrico può ritenersi secondario, mentre invece si tratterà di affezione autonoma e seria se la reazione dell'acido cloridrico libero è positiva.

Quando l'*ammalato è affetto da molto tempo* (parecchi anni) non può più trattarsi di affezione funzionale o benigna, in quanto che si trova certamente una lesione: il cattivo stato dell'organismo indica generalmente l'importanza dello stato morboso gastrico. Si possono verificare due casi:

1) *Il paziente accusa sintomi in connessione con lo stato gastrico.*

Quando si lamenta di dolori acuti, che vengono una o parecchie volte al giorno, oppure di notte ad ore fisse, del bruciore che si calma dopo i pasti, si tratta di *ipersecrezione continua* o di *ulcera*. Bisogna tener presente che la sintomatologia classica dell'ulcera è l'eccezione, mentre il più delle volte non v'è differenza fra l'ipercloridria semplice, il catarro acido e l'ulcera.

Se l'ammalato accusa inoltre vomiti regolari o intermittenti di cibi o di liquidi acidi, si propenderà maggiormente per l'ulcera; si cerchi in tal caso il guazzamento a digiuno; se questo è positivo, si estragga il liquido con una sonda a pera aspiratrice per esaminarlo. Per quanto riguarda l'analisi in queste condizioni, bastano alcune ricerche semplici che il medico può fare da sè senza bisogno di laboratorî. A pochi cmc. del liquido estratto si aggiungono 2-3 goccie di soluzione alcoolica (1 %) di dimetilamidoazobenzol: una colorazione rosso-ciliegia indica la presenza di acido cloridrico libero, dimostrando così l'*ipersecrezione continua*.

Si ricerca poi il sangue nel modo seguente: a pochi cmc. di acido acetico si aggiunge qualche presa di benzidina, si agita e si versano alcuni cmc. di succo gastrico, dopo nuova agitazione, si aggiungono alcune goccie di acqua ossigenata. Se in meno di un minuto appare una colorazione bleu-verde scuro, si conclude per la presenza di sangue, ciò che significa ulcera o carcinoma.

Quest'ultimo è caratterizzato dalla perdita dell'appetito, dal dimagrimento rapido e progressivo, e dalla scarsa azione dei medicamenti analgesici.

Quanto alla radioscopia, essa può rivelare l'ulcera semplice solo nella metà dei casi, mentre si può contare su di essa per la diagnosi di ulcera profonda e callosa. Nessun aiuto invece può dare per discernere la natura del contenuto gastrico a

digiuno, in quanto che essa ne rivela soltanto la presenza, ciò che può fare anche la semplice ricerca del guazzamento.

Quando il liquido estratto ha una colorazione biliare, non bisogna ritenere senz'altro che si tratti di sola bile, ma piuttosto di una mescolanza di questa con succo gastrico: l'aggiunta di qualche goccia di dimetilamidoazobenzol, lo dimostrerà, facendo riconoscere la presenza di acido cloridrico libero. Dalla presenza di bile nel liquido di ipersecrezione, non bisogna concludere senz'altro per una stenosi sotto-pilorica; può trattarsi della coincidenza di un'affezione epatica, o del riflusso semplice di bile sia favorito dall'abbassamento e dalla dilatazione dell'antro prepilorico, sia semplicemente da un riflesso per la stessa sondatura.

Se il contenuto gastrico a digiuno contiene dei detriti alimentari riconoscibili ad occhio nudo (ritenzione macro-alimentare) trattasi di *stenosi pilorica* o *duodenale*: se invece contiene una sostanza polverulenta (per non confonderla con fango biliare o con muco, si ricorre all'esame microscopico) trattasi di ritenzione microalimentare, dovuta alla stessa causa.

In mancanza di sonda o di reattivi, la semplice ricerca del guazzamento a digiuno, permette la diagnosi di ipersecrezione continua nell' 80 % dei casi; il rimanente 20 % comprende la ritenzione alimentare (8 %), la bile pura (4-5 %), il muco puro – catarro mucoso – (4-5 %) o liquido siero-clorurato (1-2 %).

Quando l'ammalato accusa una sensazione di arresto degli alimenti in un punto dell'esofago o vicino all'appendice xifoide, si penserà allo spasmo, al carcinoma gastrico, o ad una stenosi esofagea o sopracardiaca; la radiografia fornirà gli elementi per la diagnosi.

2) *La sintomatologia non offre nessun segno deciso*, ma si compone di elementi contradditorî o semilatenti.

Si è spesso in presenza di individui con stato generale molto compromesso, con appetito ordinario o vera fame, che si calmano al primo piatto. Dopo il pasto si lamentano di peso all'epigastrio di lunga durata, con acidità moderata, e 5-6 ore dopo di un nuovo malessere locale con senzazione d'annientamento generale. Sonni cattivi per malessere addominale: mai però vomiti o dolori e bruciori forti. Talvolta si ha il quadro completo della ipocloridria, con anoressia, congestione facciale dopo i pasti, ballottamento gastrico, cefalea sorda, sonnolenza.

Trattasi in questi casi di pseudo-ipocloridria. Con un anamnesi minuziosa, si scopre che molti anni prima vi sono state crisi di dolori con vomiti alimentari, poi le sofferenze sono diventate subacute e lo stomaco, per il paziente, è passato in seconda linea, mentre dominano la debolezza generale, la costipazione con enterocolite, il nervosismo, l'insonnia.

La sondatura gastrica a digiuno permette di fare la diagnosi; si resterà allora meravigliati di vedere quanti ammalati vegetano con una ipersecrezione continua, o con un'ulcera torpida, pur senza provare alcun malessere acuto o dolori a digiuno. Il plesso solare è diventato in essi ineccitabile o ipoeccitabile, in seguito alla lunga durata dell' irritazione; quindi si ha assenza di sintomi acuti. D'altra parte col tempo lo stomaco si è dilatato, derivandone ritardo nella evacuazione e quindi diminuzione dell'appetito, specialmente alla sera. La perturbazione chimica, che pure è qui essenziale, cede *subbiettivamente* il passo ai disturbi motori o statici.

Quando poi, nel sospetto di un carcinoma si volesse analizzare il succo gastrico dopo il pasto di prova, si dovrà evacuare dapprima lo stomaco dell'eventuale contenuto a digiuno, in modo da non analizzare anche i prodotti di ritenzione.

In complesso nessun metodo di ricerca da solo può permettere di arrivare ad una diagnosi, ma occorre utilizzarli tutti. L'A. però tiene a mettere in rilievo l' importanza del guazzamento e della sondatura a digiuno, seguita da una semplice analisi qualitativa.

fil.

CHIRURGIA.

La chirurgia infantile considerata nei differenti periodi (prima, seconda infanzia, adolescenza).

(E. KIRMISSON, *Journal des Praticiens*, 1919, n. 5).

Alla prima infanzia si riattacca lo studio dei vizi di conformazione, piede torto, spina bifida, labbro leporino, imperforazione anale, ecc. Nei due primi anni di vita si riscontrano anche certe infiammazioni flemmonose, come gli ascessi retro e latero-faringei.

Chirurgia addominale. — È anche alla prima infanzia che si riattacca lo studio dell'invaginazione intestinale. Quando un bambino, per lo più nutrito al seno, presenta, nel corso del primo o del secondo anno, mentre era nel pieno benessere, fenomeni di occlusione intestinale, nel medesimo tempo che si constata in lui l'emissione di mucosità sanguinolenti dall'ano, si può concludere per l'esistenza di un'invaginazione intestinale. Nella seconda infanzia, al contrario, l'invaginazione intestinale non costituisce più che una rarità.

Per quel che riguarda l'appendicite, mentre essa si osserva ad ogni istante nei bambini di

cinque anni e al disopra, non costituisce più nei due primi anni dell'esistenza che una rara eccezione.

Strozzamento erniario. — Mentre nella seconda infanzia lo strozzamento erniario è rarissimo, ad disotto di cinque anni, invece, è molto frequente; lo si può riscontrare pochi mesi, poche settimane ed anche pochi giorni dopo la nascita. La mortalità operatoria è minima, specie se i piccoli malati sono soccorsi per tempo. Nei piccoli bambini di qualche mese, di qualche settimana, la trasformazione fibrosa del colletto del sacco non ha avuto il tempo di prodursi; è allo spasmo che bisogna attribuire la produzione dello strozzamento. I piccoli bambini hanno una tendenza enorme alle contrazioni spasmodiche; è allo spasmo egualmente che bisogna attribuire la frequenza tutta particolare dell'invaginazione intestinale nei lattanti.

Lesioni traumatiche. — In maniera generale le lussazioni sono lungi dall'essere frequenti nell'infanzia. Tuttavia hanno una certa importanza le lussazioni del gomito fra i traumatismi della seconda infanzia, e molto meno le lussazioni dell'anca.

Nella prima infanzia non si vedono nè lussazioni nè distacchi ipifisari; è al contrario nella seconda infanzia e nell'adolescenza, e per il meccanismo della torsione, che si vedono produrre nell'immensa maggioranza dei casi, il distacco traumatico delle epifisi.

Senza dubbio le fratture si vedono in bambini di ogni età. Nella seconda infanzia e nell'adolescenza prevalgono le fratture dell'arto superiore per il fatto che i bambini di questa età si abbandonano ai giuochi violenti; le lesioni traumatiche dell'arto superiore sono infinitamente più rare nella prima infanzia. Invece, si riscontrano con relativa frequenza le fratture dell'arto inferiore. Dal punto di vista della localizzazione di queste fratture, si nota un contrasto rimarchevole fra la prima e la seconda infanzia. Si può dire che le fratture del femore costituiscono le fratture per eccellenza della prima infanzia, mentre che nella seconda infanzia prevalgono di molto le fratture della gamba.

Si è stupiti della facilità con cui si producono le fratture del femore nella prima età. Bastano traumatismi insignificanti, come la semplice caduta. Si tratta evidentemente di una frattura da contrazione muscolare; la prova sta nel fatto che essa si produce quasi sempre al medesimo punto, verso la parte media dell'osso, sotto l'influenza della potente contrazione dei muscoli, che tende ad esagerare la curvatura normale del femore. Un segno quasi costante delle fratture del femore nella prima infanzia è l'esistenza di un versamento nell'articolazione del ginocchio, senza che il ginocchio stesso abbia subito la minima parte del traumatismo.

Osteomielite. — La forma più abituale della malattia nella prima infanzia è l'osteomielite del femore, nella seconda infanzia e nell'adolescenza è molto più spesso affetta la tibia. Mentre l'osteomielite della tibia, posta superficialmente, si rivela di buon'ora con i segni abituali dell'infiammazione, rossore, edema, fluttuazione, l'osteomielite del femore, dato lo spessore dei tessuti molli, si rivela appena all'inizio con un po' di gonfiore e rischia d'essere disconosciuta per lungo tempo. Mentre nella seconda infanzia lo stafilococco rappresenta l'agente più abituale della lesione, nei neonati e nella prima infanzia si riscontra più frequentemente lo streptococco. È allo streptococco che son dovuti abitualmente quei voluminosi ascessi osteomielitici che si riscontrano in corrispondenza della spalla e dell'anca nei lattanti. All'anca queste osteomieliti sono particolarmente interessanti, perchè producono facilmente la lussazione.

Tubercolosi chirurgica. — Fortunatamente il male di Pott, le lesioni tubercolari delle grandi articolazioni, sono rari nei due primi anni di vita. Invece, si riscontrano frequentemente lesioni tubercolari superficiali, disseminate su tutto il corpo: alterazioni tubercolari multiple della pelle e del tessuto cellulare (gomme tubercolari), adeniti cervicali, lesioni diffuse delle ossa della faccia e del cranio, spine ventose alle mani e ai piedi.

È alla prima infanzia egualmente che appartiene la tubercolosi genitale. Si potrebbe supporre dapprincipio che le alterazioni tubercolari si mostrassero sopratutto nell'adolescenza, al momento in cui la glandola genitale entra in funzione; è invece nei piccoli bambini che si osservano più frequentemente le alterazioni tubercolari dei testicoli.

Tumori maligni. — I tumori maligni costituiscono fortunatamente un capitolo ristretto della chirurgia infantile. È alla seconda infanzia e all'adolescenza che appartiene una delle forme più gravi, l'osteosarcoma. Per contro, è nella prima infanzia che si osservano le tre grandi forme di cancri viscerali infantili, cioè: il cancro dell'occhio o glioma della retina, il cancro del testicolo e il cancro del rene. A proposito di quest'ultimo tumore, bisogna ricordarsi dell'assenza abituale dell'ematuria, per cui può raggiungere notevoli dimensioni nel silenzio di ogni disturbo funzionale.

Malattie chirurgiche dell'adolescenza. — Al

momento dell'adolescenza si presenta una serie di deformazioni dell'apparato locomotore: la scoliosi, il genu vulgum, la coxa vara, il piede piatto valgo o tarsalgia degli adolescenti. Senza dubbio si riscontrano anche nella prima infanzia nei piccoli rachitici; ma al momento dell'adolescenza si osservano con caratteri speciali. I dolori, le contratture coincidenti con il piede piatto valgo, non si riscontrano nella prima infanzia, ma sono propri degli adolescenti. Bisogna sempre diffidare quando in un ragazzo di 4 o 5 anni si riscontra un piede piatto valgo con contrattura; si tratta senza dubbio di una tubercolosi ossea del tarso.

È impressionante il contrasto che esiste nella frequenza delle deformazioni ossee fra la clientela della città e quella dell'ospedale. Mentre si riscontrano ad ogni istante negli ospedali, sono relativamente rare nella clientela privata, sopratutto per quel che concerne la tarsalgia. È questo uno degli argomenti più forti per combattere l'opinione di Poncet che considerava la tarsalgia come di natura tubercolare. In città, come all'ospedale, la tubercolosi ossea e articolare è osservazione di tutti i giorni: se la tarsalgia fosse di natura tubercolare, non si spiegherebbe la differenza notevole che esiste sotto il rapporto della sua frequenza fra i malati della clientela privata e quelli ospedalieri.

Questa differenza fra le diverse categorie di malati dipende evidentemente dalla differenza nelle condizioni sociali. I figli di operai, costretti a rimanere lunghe ore in piedi nelle officine o nelle botteghe dei loro padroni, senza mai riposarsi, spesso inoltre obbligati a portare carichi pesanti, cominciano a subire la deformazione, specie se sono posti in tenera età ad apprendere il mestiere. Ne consegue che non si dovrebbe permettere l'entrata ad imparare il mestiere che a 14 anni e si dovrebbe limitare nello stesso tempo la durata del lavoro ad 8 ore al giorno.

B. MASCI.

STORIA DELLA MEDICINA.

NEL CENTENARIO DI LEONARDO

La gerarchia degli organi dei sensi.

Un concetto esagerato di quel che debba intendersi per originalità del pensiero leonardesco — quasi che quel suggello individuale così rilevato e riconoscibile sia da identificare con una specie d'inspirazione innata, esente da ogni influsso esteriore — ha fatto pensare e ripetere l'opera complessa del Vinci frutto di una libera spontanea cerebrazione. Guardando sempre a un Leonardo precursore di nuove dottrine, talora lontane ed estranee dal suo spirito, si è perduta la visione di un Leonardo figlio del suo tempo e della sua terra.

Il senso di sgomenta meraviglia che proviamo nello scorrere i suoi codici non ci deve far tralasciare la critica in una ammirazione sconfinata; ed io stesso, nell'esporre le sue mirabili nozioni di fonetica biologica, ho preso le mosse da quanto si conosceva prima del grande.

Invero egli fu un assimilatore della scienza antica sino ai tempi suoi; il suo merito precipuo sta, non nell'essersi sottratto allo studio di chi l'aveva preceduto, ma nel metodo severo della ricerca sperimentale e nel discriminare gli elementi vivi da quelli caduchi del sapere tradizionale.

E in ciò non fu immune da errori di giudizio. Così quando fissa una specie di graduatoria delle arti secondo l'importanza dei sensi che colpiscono e pone in primo luogo la pittura, perchè l'occhio è principe fra essi, derivando da Bacone la dottrina sulla conformazione e la superiorità del senso visivo.

Ancora oggi parliamo degli *occhi della mente* nell'indicare ciò che si *vede* con lo spirito leggendo nella propria contemplazione assorta: concetto sovente svolto dai filosofi della rinascenza.

Nel *De anima et vita* (1538) il Vives scrive: « oculi sunt in animo non minus quam in corpore » e trova completa analogia fra le cose che si apprendono con i sensi e quelle che si presentano nell'intimo.

Il còmpito dell'imaginazione è lo stesso dell'occhio nel corpo; le imagini interiori si veggono, quanto alle proporzioni delle cose, quali le esterne: queste s'imprimono negli occhi, quelle nel lucido spirito, che le ritiene più a lungo e le offre *purius ac manifestius* all'occhio dell'animo.

Leonardo conosce questa teoria, discesa dagli antichi; ma la sua valutazione è diversa. Per Vives l'occhio dello spirito è più lucido di quello fisico, per il Vinci esso è l'*occhio tenebroso*, chiuso alla luce che viene dal mondo reale e non può

vederla se non nell'imaginazione. Invano i filosofi e i poeti parlano con entusiasmo d'una luce intellettuale; questa non è che un'ombra della vera luce, che si riversa in ondate sull' universo; per tal guisa la pittura — che è scienza ed arte dell'occhio lucido — è superiore alla filosofia e alla poesia.

Nessuna cosa è che più c' inganni del nostro giudizio; e fra i nostri sensi quello che meno ci tradisce « nelle debite distanze e nei debiti mezzi » è l' occhio. Tralascio le citazioni dei passi, ben noti, che si leggono specialmente nel *Trattato della pittura*.

Nulla cosa è più degna che soddisfa a miglior senso, che è ritenuto « offiziale dell'anima »; poichè il sensorio comune ha sede nel cervello, ed è quello che giudica le cose a lui date dai cinque sensi. Così adunque, la pittura, soddisfacendo al senso della vista, è più nobile della musica che solo soddisfa all' udito, senso posto in secondo ordine. Ed è grande ingiustizia, per Leonardo, ch'essa non sia compresa fra le arti liberali del *quadrivio*, che risultava dall'aritmetica, geometria, musica e astronomia. Che se la *sventurata* musica compone armonie con la congiunzione delle sue parti proporzionali, molto superiore è l'armonia del corpo umano e degli oggetti naturali e l'euritmia delle loro linee e colori; quella si perde, cioè nasce e muore nella sensazione, questa resta in essere perpetua.

Ora tutto questo è legato ad argomentazioni arbitrarie e illegittime. I moderni studi di ottica e di acustica, quelli sul senso termico e sulle terminazioni e vie nervose del caldo e del freddo, hanno mostrato che se le sensazioni stesse sono fisiologicamente composte per modi, intensità ed aree speciali, sono anche armonizzate fra loro per *simpatie* e consensi.

Così appare più intimo il legame tra i diversi sensi e quasi, in alcuni casi, convertibili l' uno nell'altro, senza alcun preconcetto gerarchico. È innegabile la connessione fra occhio ed orecchio, per la comune origine ectodermica, per numerose relazioni patologiche, per le somiglianze che hanno i due organi nel loro assetto anatomico: la retina con le arcate e i pilastri del Corti, il dotto nasolacrimale con la tuba eustachiana, le cavità periorbitarie con le cellule mastoidee.

Thomson potè asserire che gusto e olfatto sono gli estremi di un unico senso e Zwaardemaker suppone che la sensazione caratteristica del gusto prenda origine in corrispondenza della mucosa olfattiva. Adolfo Fick rilevò che le sensazioni olfattive, le gustative, le tattili, le termiche, le dolorose non sono modalità fra loro tanto diverse da non essere possibile il transito graduale dall' una all' altra, quasi come nei colori dello spettro.

V'è un periodo nella vita umana in cui la sensibilità acustica è indistinta dalla tattile: occorre che si associno insieme perchè ne risulti la percezione uditiva (Champney).

L'obiettivazione estrinseca del suono nell'uomo avvenne relativamente tardi; da uno studio di Graziadio Ascòli sul verbo *udire* costruito in greco col genitivo risulta che un tempo dicendo « io ti odo » effettivamente si diceva « io risuono di te », come se il suono fosse una sensazione soggettiva interna, nella guisa che al cieco-nato, e poi operato, gli oggetti sembrano a contatto con gli occhi.

Anche da confutare è l' altro asserto di Leonardo, che cioè *chi perde la vista, smarrisce la bellezza del mondo con tutte le forme delle cose;* mentre *il sordo perde soltanto il suono fatto dal moto dell' aria percossa, che è minima cosa nel mondo.*

Quando un adulto diviene sordo, questa infermità potrà restare isolata allo stato di monopatia sensoriale e — eccetto il senso perduto — il sordo sarà simile agli altri uomini.

Se invece è colpito da sordità un tenero infante, egli diverrà sordomuto, la sua evoluzione mentale sarà gravemente compromessa e più tardi differirà dagli altri uomini non solo per la perdita dell'udito, ma per molti altri caratteri.

L'orecchio infatti alimenta e stimola il nostro pensiero ancor più dell'occhio; e ben si apponeva il Montaigne quando diceva « io acconsentirei piuttosto a perdere la vista che non l'udito ». Da essi noi deriviamo le conoscenze più estese; la memoria di questi due sensi è la più precisa, specie quella dell'udito, considerato — da Aristotele, da Tommaso d'Aquino, secondo il detto *intellectum dat, qui auditum*, sino ad Helmholtz — il senso « intellettuale » per eccellenza, occupando un posto eminente nella nostra vita psichica come senso probabile dei concetti matematici e nel meccanismo del linguaggio articolato.

Una particolare circostanza dà all' udito molta esattezza — osservava il Cabanis — ed è la proprietà di ricevere e di analizzare le impressioni del linguaggio parlato, poichè si impara lentamente a parlare per mezzo dell'orecchio; senza il suo sussidio noi non potremmo tentare questo tirocinio, non avremmo alcuna idea dei suoni articolati nè giungeremmo mai a riprodurne, collegandoli a idee o sentimenti di cui essi rappresentano dei simboli di convenzione. L' orecchio è dunque obbligato a soffermarsi su ogni impressione sonora e a tal segno, onde Gall poneva l'udito fra i *sensi passivi*, in quanto la sua azione è involontaria, effettuandosi anche nostro malgrado e a nostra insaputa.

Non è vero infine quello che Leonardo afferma — a ribadire l'inferiorità della poesia e della musica

rispetto alla pittura — *essere cioè il cieco incomparabilmeute più infelice del sordo*; le osservazioni di ogni giorno inducono a ritenere il contrario. L'Angelucci, direttore della clinica oculistica di Napoli, ha dato una analisi efficacissima dello stato d'animo dell'individuo che ha perduto la vista: « Ignoro la prima impressione del soldato cieco al momento della ferita, quando una nube di ferro e di sangue velò i suoi occhi. Al certo non ha disperato della visione: sull'onde burrascose della vita affiora sempre la speranza. Che, se dopo qualche settimana di degenza negli ospedali della fronte, ha veduto la sua esistenza di cieco, isolata nell'ambiente e perduta nel mondo in un triste combattimento senza grandezza, senza conforto, la fiducia nel ricupero di visioni modeste, non lo abbandona che a stento, forse non lo abbandona mai; su questo punto la fantasia del cieco spazia al di là del possibile... ».

Narra quindi di un ferito sul S. Gabriele: « Nei primi giorni di degenza il suo stato psichico era assai depresso; non abbandonava mai il letto, nei frequenti momenti d'ira gittava ogni cosa a terra; dopo settimane guadagnò una calma relativa. Una mattina si mostrò di umore allegro; asseriva di aver visto a sera la luce elettrica del reparto, ed al mattino la luce del giorno e pur anche le ombre dei compagni; divenne mattiniero; pensava da sè ai bisogni della vita. Volle una piccola operazione nella palpebra superiore destra, per porre in quel lato l'occhio artificiale; diceva ai suoi compagni in tono allegro: « con l'occhio sinistro ci vedrò; a destra applicherò l'occhio di cristallo ». Portava un paio di occhiali scuri, camminava a testa alta, volgeva lo sguardo a destra e a sinistra, come per rendersi ragione dell'ambiente. Questa rigenerazione del suo essere e la sua speranza partivano da un'illusione: la luce che egli vide, non era nel mondo esteriore, ma semplicemente la sensazione di scintillio provocata dalle ultime sofferenze atrofiche del suo apparato visivo » (1).

Più che irriverente sarebbe stolto muovere rimprovero a Leonardo di questi erronei concetti; essi dovevano avere una radice nelle peculiari condizioni del tempo in cui visse e nell'atmosfera mentale in cui egli agiva e meditava.

Per intendere il suo pensiero e la spavalda glorificazione dell'occhio come strumento fondamentale della scienza e dell'arte, occorre riflettere che egli parla da grande pittore e da uomo del '500, il quale potè veramente credere — debellati i filosofemi della scolastica — che la pittura avrebbe rappresentato l'arte e la scienza dell'avvenire.

(1) A. ANGELUCCI, *Ciechi e simulanti*, Giornale di medicina militare, 1918, fasc. 10.

Con eguale convinzione Schopenhauer sosterrà che la musica sta all'apice dell'arte e della filosofia.

L'occhio della mente era stanco delle contemplazioni mistiche e delle pure astrazioni del medio evo; l'uomo si era ridotto — come il filosofo deriso dal Vinci — a strapparsi gli occhi mortali per concentrarsi tutto nella meditazione. Il dispregio di Leonardo per il senso dell'udito è giustificato dal fatto che la parola scritta e parlata era stata per secoli l'anima e il veicolo della coltura, l'udito era — diceva il Vives — il *senso della disciplina*, per cui la tradizione s'impone e si apprendono le regole della vita e della dialettica.

Col rinascimento, l'uomo riapre sul grande quadro della natura gli avidi occhi che erano stati chiusi tanto a lungo: ne è abbagliato e se ne inebbria. È una gioia tutta vergine e fresca, che risorge e si rimuta ad ogni alba.

GUGLIELMO BILANCIONI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Sull'ernia crurale strozzata.

Le prime fasi dell'ernia crurale non presentano nulla di particolare, che ne chiarisca l'origine. Trattasi il più spesso di donne, che accusano claudicazione, o indolenzimento alla gamba, alla coscia, specialmente dopo aver camminato: questi disturbi vengono spesso curati come neuralgie, reumatismi, varici profonde, tanto più che quando si tratta di soggetti alquanto adiposi, non si avverte alcuna tumefazione esterna. Accade così che si verifichi di botto uno strozzamento, affatto inaspettato.

I sintomi cardinali dello strozzamento sono l'arresto delle sostanze fecali e dei gas, ed il vomito, che diventa fecaloide dopo un certo tempo. La temperatura non si eleva, anzi verso l'ultima fase si abbassa; solamente quando l'ammalato ha resistito e si verificano dei fenomeni infettivi (flemmone stercoraceo, peritonite) si può avere elevamento di temperatura.

Nelle ernie crurali manca qualsiasi rapporto fra la gravità apparente dei sintomi e quella delle lesion: talvolta i sintomi più drammatici dello strozzamento sono dovuti all'epiplocele strozzato e si calmano senza intervento. Ad ogni modo le forme, che si accompagnano a sintomi gravi (vomiti ripetuti, collasso, crampi) espongono a minori errori diagnostici.

Le più pericolose e le più frequenti sono invece le forme attenuate, per le quali è indispensabile una diagnosi precoce, in quanto che le alterazioni intestinali avvengono rapidamente nell'ernia crurale.

Delbet (*Journal des praticiens*, 12 aprile 1919), indica a tale proposito un punto importante per la diagnosi, cioè il dolore *provocato*, non già sul punto culminante, dove può mancare completamente, ma in corrispondenza del colletto del sacco, e al disopra della tumefazione e dell'arcata crurale e al di dentro della vena. La pressione in questo punto determina un dolore vivissimo quando si tratta di enterocele strozzato.

Quanto alla cura, non si deve mai pensare ad un taxis: questa pratica, che in qualche circostanza speciale può essere tentata nello strozzamento inguinale, deve essere assolutamente esclusa nello strozzamento crurale, appunto in considerazione della rapidità con cui si producono le alterazioni dell'intestino (anche dopo due ore), l'intervento chirurgico deve dunque essere precuce.

Due cause di errore possono presentarsi nella diagnosi di ernia crurale: le adeniti inguinali e la dilatazione ad ampolla nella curva della safena interna. Quest'ultima condizione non offre grandi difficoltà diagnostiche: anzitutto vi è sempre un piccolo intervallo, fra la tumefazione della safena e l'arcata del Falloppio, in secondo luogo manca il peduncolo erniario.

La mancanza del peduncolo permette altresì la diagnosi nel caso si tratti di adenite inguinale (errore commesso da un clinico sperimentato); bisogna tentare, ciò che non sempre è facile, di sentire la parte profonda del tumore e di sentire se vi è un prolungamento che s'insinua sotto la arcata del Falloppio. D'altra parte nell'adenite sono sempre notevoli i fenomeni infiammatori, che nell'ernia non si notano che in un periodo tardivo. Sarà utile per la diagnosi anche l'elemento dolore, che nell'adenite si trova sulla tumefazione stessa, nell'ernia invece è in corrispondenza del punto in cui si trova lo strozzamento.

r. s.

Il cambiamento di colorito cutaneo nella invaginazione intestinale.

G. Greenfield (rif. in *Medical Review*, genn. 1918) richiama l'attenzione sopra un subitaneo cambiamento di colorito del bambino, da quello roseo, sano, a quello bigio cenerognolo. Egli ha potuto in tre casi, essere messo sull'avviso da questo segno ed arrivare alla diagnosi di invaginazione intestinale.

Tale cambiamento di colorito può anche verificarsi anche in altre condizioni: ad ogni modo, quando vi può essere un sospetto di invaginazione, l'A. non esita a ricorrere all'esame sotto anestesia. Una circostanza importante è la temperatura, che, quando è elevata sul principio, depone contro l'invaginazione.

I. P.

TERAPIA.

Forme e trattamento dell'alcoolismo acuto.

Nei casi di intossicazione alcoolica acuta, il trattamento deve soddisfare alle seguenti indicazioni: 1) Combattere ed eliminare gli accidenti più temibili (eccitazione, collasso, *delirium tremns*, algidità, disturbi viscerali, ecc.); 2) Eliminare o neutralizzare la causa tossica; 3) Opporsi alle conseguenze funeste sugli organi dell'individuo; 4) Prevenire ulteriori intossicazioni con delle oculate prescrizioni di igiene personale.

L'eccitazione, che si osserva nel primo tempo della intossicazione ed anche al risveglio, può mettere l'individuo in pericolo per cadute o tendenze al suicidio, può scatenare delle impulsioni che lo conducono alla violenza ed all'assassinio. Le impulsioni più violente sono provocate dai liquori complessi, dagli aperitivi fatti con alcool denaturato, di cui si maschera il sapore con aromi forti (anice, angelica), da aggiunta di datura o di hascich ai liquori.

Nelle forme deliranti semplici basterà una buona sorveglianza, il riposo a letto. Talvolta però, il delirio continua per diversi giorni, specialmente nei bevitori d'abitudine, dopo un grave eccesso od un'emozione viva. In tali casi, oltre al soggiorno prolungato in letto sono consigliabili gl'impacchi generali, l'applicazione di compresse fredde sulla testa, i bagni tiepidi, il regime liquido o semiliquido, con esclusione degli alcoolici.

Come calmanti sono indicati il cloralio, il bromuro di potassio, l'uretano, il sulfonal, e, nei giovani a rene intatto, le iniezioni di morfina a piccola dose. È importante, specialmente nei vecchi, sorvegliare la minzione e lo stato della vescica, procedendo eventualmente al cateterismo. Ancora più necessarie sono queste precauzioni nel caso di *delirium tremens*; non è consigliabile la camicia di forza, dovrebbe bastare la sorveglianza degli infermieri. Per evitare i raffreddamenti è bene vestire il malato con una maglia a combinazione. In causa della febbre e della tendenza alla polmonite è utile in tali casi la somministrazione di alcool (un litro di vino con 100 goccie di laudano: quattro cucchiai all'ora).

Oltre agli impacchi e bagni, sono consigliabili le frizioni con acqua e aceto, i clisteri freddi con acqua bollita (1/2 litro): i senapismi ai piedi ed alle gambe. Il cloralio ha una influenza depressiva sulla respirazione; sarebbe da preferirsi l'eroina, (iniezioni di 1/2 centigr. di cloridrato) che è calmante ed eupneica. La joscina (un decimilligrammo del cloridrato per iniezioni; ripeterla eventualmente ogni sei ore) dà risultati variabili. Per evitare il decubito si fa-

ranno polverizzazioni con talco, e si useranno lenzuola fine e vecchie.

Le convulsioni epilettoidi sono provocate specialmente da liquori contenenti essenza di badiana, melissa, anice, assenzio, issopo, finocchio; si osservano spesso in donne, che fanno uso di acqua di melissa o vulneraria. Basta talvolta sopprimere queste ultime o l'abituale aperitivo, per vedere scomparire gli accessi, che possono riprodurre la crisi epilettica o l'attacco isterico. Difficile è talvolta la diagnosi con le convulsioni uremiche, le quali, in un soggetto con nefrite interstiziale, possono aversi dopo un eccesso di alcool. In tali casi, se le convulsioni si prolungano, se vi è traccia d'albumina nelle urine, non si esiti a ricorrere al sanguisugio alle mastoidi ed anche al salasso. Gli oppiacei sono o insufficienti o dannosi.

Meno drammatico, ma in realtà più grave è lo stato di collasso o di coma, che può scambiarsi a tutta prima con il sonno riparatore che segue l'ubriacatura. Bisogna sorvegliare l'ammalato per impedire la penetrazione nelle vie aeree di pezzi di dentiere artificiali che si staccano, di sostanze vomitate, ecc., occorre a tale scopo impedire che l'individuo tenga la posizione supina.

Le complicazioni più temibili sono la paresi e l'arresto della respirazione e la congestione cerebrale. Contro quest'ultima si useranno le ventose secche, i senapismi alle gambe, la vescica di ghiaccio al capo, il sanguisugio od il salasso. Se invece vi è anemia cerebrale si metterà l'ammalato con la testa in basso, e per rianimare l'azione cardiaca, si faranno iniezioni di etere, di caffeina, lozioni fresche con aceto, ecc. Molto gravi sono i raffreddamenti, contro i quali si userà la precauzione di riscaldare gli individui assai lentamente, di frizionarli con acqua od olio tiepidi, evitando le stanze troppo calde, le bevande alcooliche, si farà un leggero massaggio e si imprimeranno agli arti dei lievi movimenti.

Difficile è arrivare a tempo per eliminare l'alcool tuttora contenuto nello stomaco, eventualmente si farà la gastrolusi con liquidi leggermente alcalini, o si provocherà il vomito con bibite calde, titillamento dell'ugola. L'eliminazione intestinale è assicurata con piccoli clisteri salati (20 gr. di sale in 2 bicchieri d'acqua tiepida).

L'eliminazione per la via respiratoria deve essere favorita, collocando l'individuo in un ambiente con aria fresca e pura, aiutandolo con la respirazione artificiale, con le inalazioni di ossigeno, ed anche con la trazione ritmica della lingua nei casi di arresto respiratorio e di sincope cardiaca; anche le frizioni con acqua ed aceto aromatico saranno utili. Evitare sempre di tenere l'ammalato in decubito dorsale.

Contro l'alcool non esiste un vero antidoto; i preparati d'ammoniaca però godono una grande fiducia e sarà bene prescriverli sempre sia in forma di ammoniaca (cinque goccie) o di liquore anisato (10 goccie) o di acetato di ammoniaca (15 gr. con 5 gr. di sale, disciolti in 50 gr. di infuso forte di caffè e 30 gr. di sciroppo; da prendersi in due volte a distanza di 1/4 d'ora.

Non si devono dare più di 25 goccie di ammoniaca o di 50 di liquore anisato; non ricorrere mai alle inalazioni di ammoniaca, e nemmeno ai sali inglesi attuali, più forti e più caustici che un tempo.

Per quanto riguarda le eventuali complicazioni successive, l'imbarazzo gastrico cede facilmente ad un blando purgante; sono consigliabili le bevande gazose, la macerazione di quassia. Nel caso di ittero-febbrile, A. F. Plique (*Journal de Médecine et de chirurgie pratique*, 25 marzo 1919) consiglia il riposo assoluto, la tintura di boldo (10 goccie 3 volte al giorno); l'indolenzimento si cura con i bagni tiepidi o con quelli a vapore. L'ammalato va poi lungamente sorvegliato per il pericolo di complicazioni polmonari, cardiache, renali, delirî impulsivi. Dal lato psichico non bisogna poi insistere eccessivamente sul rimorso; meglio vale fare intravedere delle speranze per l'avvenire.

Il bevitore va istruito sui danni delle bevande alcooliche specialmente se prese a digiuno o nell'intervallo dei pasti, dei liquori complessi a composizione ignota, delle miscele di liquori. Particolarmente dannose sono le bevande alcooliche negli individui depressi, affaticati, insonni, asmatici, nei cardiaci, specie nei soggetti con tachicardia parossistica, nei gottosi, morfinomani, nelle dismenorroiche. Forse per le particolari condizioni d'animo nel periodo che attraversiamo, la tolleranza per l'alcool ed il vino sembra ora diminuita e la sbornia è più irascibile e violenta. L'alcool va evitato altresì all'inizio dell'influenza, dell'accesso malarico, dopo la vaccinazione antitifica.

Particolare gravità rivestono i traumatismi negli alcoolisti, ai quali vanno somministrate bevande diuretiche, diaforetici, purganti. Anche prima degli interventi chirurgici in questi individui occorre istituire una cura eliminatrice e calmante (bromuro o morfina). *fil.*

Prevenzione e trattamento del coma diabetico.

Per prevenire il coma diabetico P. I. Cammedge (*Lancet*, 11 genn. 1918) insiste sulla necessità di un regime tale che non oltrepassi la capacità metabolica totale e la tolleranza per gli idrati di carbonio, le proteine ed i grassi, e che pure fornisca una quantità sufficiente di sali.

Si lascia il malato al suo regime solito e si fissa la capacità metabolica, con un'analisi completo delle urine e del sangue. Si sopprimono poi i grassi, poi dopo un paio di giorni, si diminuiscono di metà le proteine, poi gli idrati di carbonio. Dopo qualche giorno, soppressione completa delle proteine, nuova riduzione degli idrati di carbonio, in modo da somministrare un regime unicamente composto di verdure, povere in idrati di carbonio. A questo punto, se la glicosuria persiste, la glicemia è elevata e l'acidosi è evidente, si mette l'ammalato per due o tre giorni a dieta assoluta. In tal modo si migliora subito la tolleranza per gli idrati di carbonio, il metabolismo delle proteine e si riduce l'acidosi; si ritorna allora ad una alimentazione confacente ala capacità metabolica del malato, seguendo un andamento inverso.

La quantità di idrati di carbonio tollerata si determina con l'esame delle urine.

La quantità di proteine si fissa in modo che il valore azotato della razione quotidiana non superi che di 1 o 2 gr. l'azoto totale urinario. La quantità di grasso non deve superare quella degli idrati di carbonio, più della metà; il miglior indizio della tolleranza sarà dato dall'esame dall'esame del sangue (lipemia e glicemia), l'aumento di queste se non è associato a glicosuria, indica un eccesso di grassi nell'alimentazione.

In presenza di accidenti comatosi, le iniezioni endovenose di bicarbonato di sodio a grandi dosi, controllate con l'esame del sangue e con la determinazione dell'acido carbonico nell'aria alveolare, costituiscono il trattamento d'urgenza, e saranno preferibili, nei casi in cui vi sia associata l'uremia, alle semplici iniezioni di siero fisiologico.

FIL.

DIAGNOSTICA.

Tabelle per diagnosi differenziale.

CONGIUNTIVITE FOLLICOLARE.	TRACOMA.
Inizio. Piccole elevazioni rossiccie disposte in rade file sulla superficie congiuntivale della palpebra inferiore; si estendono più tardi ai fornici dove, al rovesciamento della palpebra si vedono far prominenza dei follicoli grandi quanto un grano di sagù.	*Inizio.* Granulazioni sparse irregolarmente su ambedue le palpebre e fornici; ognuno di questi è precocemente affetto. Un anello di congestione oculare, coperto con granulazioni luccicanti, si estende da ogni fornice verso il globo oculare.
La congiuntiva tra i follicoli è press'apoco normale.	Il tessuto congiuntivale è precocemente affetto su tutta la superficie di ogni palpebra.
I vasi sanguigni sono nettamente distinti.	I vasi sanguigni sono poco visibili per l'Infiltrazione congestizia di tutta la superficie palpebrale.
Le lesioni sono più superficiali che nel tracoma; i follicoli protrudono dalla superficie congiuntivale e non coinvolgono tutto il tessuto palpebrale.	Lesioni profonde che coinvolgono il tessuto sottocongiuntivale, ed anche la cornea se una opportuna terapia non interviene in tempo. Si ha poi una estesa formazione di tessuto cicatriziale, che con la sua ruvidezza provoca lesioni corneali.
Non si ha mai formazione di panno.	Formazione di panno nei casi inveterati.
Se non si hanno complicazioni, la cornea non è mai affetta.	Facili complicazioni corneali (intorbidamento iniezione ciliare circumcorneale).
Manca la secrezione di muco pus.	Secrezione muco-purulenta nello stadio acuto e durante ogni esacerbazione.
Non vi è mai bisogno di esclusione dalla scuola.	È necessaria l'esclusione dalla scuola.

(W. M. D'Aubigne Carhart. *Medical Record*).

ini.

IGIENE.

I bisogni dell'organismo in sostanze azotate.

Una Commissione per l'alimentazione, nominata in seno alla Società di Biologia di Parigi, è venuta alle seguenti con-clusioni:

Le sostanze albuminoidi sono necessarie per gli aminoacidi che le costituiscono; non si possono però ancora stabilire in proposito i bisogni dell'organismo, che, per quanto riguarda certi determinati aminoacidi, sono imperativi, ma quantitativamente minimi. Le vitamine sono un caso particolare di questa regola generale.

Con un regime sufficiente dal punto di vista energetico e scelto specialmente per la qualità degli albuminoidi, il quantitativo quotidiano di questi può essere ridotto ad una percentuale bassissima.

Nei problemi pratici di alimentazione e di approvvigionamento, però, non si possono prendere

come base tali risultati, ma bisogna adottare una razione globale di albuminoidi, sufficiente perchè tutti i bisogni particolari siano soddisfatti.

Le osservazioni etnografiche hanno il grande pregio di costituire delle esperienze naturali, estese sopra un enorme numero di individui e continuate per parecchie generazioni: in base ad esse si può fissare, come minimo per il mantenimento dell'adulto: 1 gr. di albuminoidi per giorno e per kg. di peso del corpo, quando il bisogno di energia è soddisfatto dagli altri alimenti. Questa regola presuppone il regime misto: in regime strettamente vegetariano, la qualità degli albuminoidi va considerata caso per caso.

I bambini, i giovani, le donne gestanti, cioè gli organismi direttamente o indirettamente in via di sviluppo, debbono essere oggetto di particolare sollecitudine quando gli alimenti scarseggiano. È prudente assicurare loro l'ingestione di una piccola quantità di albumina animale.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1086) *Chimica fisica dell'ioduro potassico.* — All'abb. n. 923:

Poichè il peso atomico dello iodio è di 127 e quello del potassio è di 39, si può calcolare la quantità di iodio contenuta in 1 grammo di ioduro potassico in base alla proporzione (127 + 39) : 1 = 127 : x. Essa risulta di grammi 0.765.

La grandezza delle gocce varia con la natura del liquido (e quindi del solvente e del soluto e con la concentrazione), con la temperatura, con la forma del contagocce, ecc. Tutto un capitolo della fisica si occupa di questo argomento (la stalagmometria, per la determinazione della tensione superficiale). Per soluzioni acquose e usando i contagocce comuni, in genere le gocce non si allontanano molto da un ventesimo di grammo: cosicchè occorrono 40 gocce di soluzione di ioduro potassico al 50 : 50 (cioè in parti eguali di acqua) per formare un grammo; ne occorrono 30 al 25 : 75 (cioè ad un terzo).

La concentrazione delle soluzioni *sature* varia sensibilmente con la temperatura. Per questo e per altri motivi è preferibile di non servirsene.

R. B.

(1087) Al dottor N. G.:

Medicina d'urgenza. Oltre il trattato di Oddo (Fr. Vallardi), che però riteniamo esaurito, vi sono quelli di E. Trombetta, Medicina d'urgenza, Hoepli, e di R. Lenzmann, Patologia degli stati morbosi con imminente pericolo di vita, Società editr. libraria.

Chirurgia d'urgenza. Non conosciamo altri trattati, che possano sostituirsi al Léjars.

Incompatibilità medicamentose. I. Mindes: Incompatibilità medicamentose e prescrizioni irrazionali di farmaci. Società editrice libraria, Milano, L. 3.50. Medicamenta: Guida teorico pratica, II edizione. Cooperativa farmaceutica Milano. Per tutte le altre richieste, consulti qualche buon trattato di farmacologia (p. e., quello di Gaglio e quello di Marfori). *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

P. SOLLIER. — *Traité clinique de neurologie de guerre.* - Editore F. Alcan. Parigi. Prezzo L. 32.

Il volume pubblicato da Sollier in collaborazione con Chartier, Rose e Villaudre costituisce il trattato più completo sulla neurologia di guerra. Esso riassume con criteri originali tutto quanto era stato finora pubblicato su di un argomento, nel quale le diverse scuole neuropatologiche francesi hanno durante la guerra portato largo e prezioso contributo di osservazioni e di studi.

L'opera si divide in quattro parti: 1. Cervello e cerveletto; 2. Midollo e plessi; 3. Nervi periferici; 4. Disturbi funzionali.

Benchè scritto da quattro autori differenti essa presenta sufficiente omogeneità. Numerose incisioni illustrano il testo.

DR.

TUSINI. — *La scuola medica da campo di San Giorgio di Nogaro.* Scopi, funzionamento, risultati. - Un vol. in-8° di 300 pag. circa con figure. - L. Cappelli, Bologna.

Non sono certo state risparmiate le critiche, anche assai vivaci, alla nota scuola di San Giorgio di Nogaro; fondata in occasione della guerra; essa ha risposto probabilmente ad una necessità e, nell'intenzione dei fondatori è stata istituita con lo scopo di permettere l'educazione tecnico-scientifica a tanti giovani, che la guerra aveva strappato dalla tranquillità degli studî. In queste pagine, dal Prof. Tusini, che ne è stato il direttore, vengono illustrati gli scopi per cui essa è stata fondata, il modo con cui funzionava, con l'elenco delle lezioni impartite e delle esercitazioni pratiche fatte; la media delle lezioni per ogni materia si aggira sulle 40 e per alcune arriva anche oltre 60, un numero che non è spesso raggiunto nei corsi normali. La scuola è stata frequentata da 366 studenti nel 1916 e da 812 nel 1916–1917, in cui uscirono 467 laureati, parecchi dei quali con lode e con ottime votazioni. Negli elenchi degli studenti molti ne risultano a cui vennero date medaglie al valore, encomî solenni, o caduti gloriosamente, vittime del loro valore. *l. b.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Politica e medicina.

Gli sforzi che si fanno in vario senso per interessare i medici alla quistione della istituzione di un Ministero per i servizî sanitari non sembrano siano coronati da successo. Non è una quistione che appassiona, si potrebbe dire anche che è una quistione considerata con diffidenza. Gli italiani hanno in sospetto tutto ciò che può condurre ad un incremento della burocrazia, ed in medici in particolare hanno una spiccata avversione per il funzionarismo. Non vogliamo esaminare se questo sospetto e questa avversione siano giustificati, per ora ci limitiamo a registrare il fatto che l'idea di istituire un Ministero per la Sanità, se pure non ha avuto notevoli dissensi e contrasti, non ha neppure suscitato entusiasmi e neppure avuto consensi decisi. Il fatto è notevole sopra tutto perchè dimostra che il miraggio di un nuovo portafoglio col relativo sottoportafoglio e di nuovi sbocchi burocratici non è bastato da solo a convincere della necessità della progettata istituzione.

Del resto i fatti pro e contro un Ministero della Sanità si bilanciano quasi e non consentono per ora una decisione.

Ma la mancanza di un Ministero particolare non esime i medici dal fare della politica e sopra tutto della politica sanitaria. Essi non solo ne hanno il diritto, ma anche il dovere.

Le scienze biologiche hanno una grande influenza sulla vita sociale e nessuno meglio del medico è capace di rilevare la importanza dei fenomeni fisio-patologici individuali nel determinismo dei fatti sociali. Il medico che vive la vita del popolo, che conosce le deviazioni e le aberrazioni degli individui e delle collettività, e ne sa le cause, meglio degli altri può indicare gli indirizzi politico-sociali per il benessere ed il progressivo miglioramento somatico e psichico e quindi etico delle moltitudini. La medicina dalla cura e dalla profilassi degli individui è necessariamente assurta alla terapia ed alla profilassi sociali. La medicina ha pervaso e presto dominerà ogni forma di attività pubblica. Dall'assistenza agli infermi poveri che è la più sentimentale, la più istintiva delle forme di solidarietà, si è passati alla igiene pubblica e quindi al meraviglioso complesso delle assicurazioni sociali, e non tarderà molto che la collettività vorrà e saprà anche regolare la riproduzione degli uomini per evitare la degenerazione della razza. E così che la medicina prende un posto sempre più marcato nell'attività statale.

Tutta, o quasi tutta, la legislazione sanitario-sociale attuale è stata determinata sotto la pressione di elementi estranei al governo ed anche al parlamento. Le iniziative prese dai componenti medici della Camera e del Senato, tranne onorevoli e luminose eccezioni, non sono state molte. Nel Senato, è vero, siedono molti e fra i più illustri medici, ma per la sua costituzione, per le sue origini quel ramo del Parlamento non ha mai dato segno di eccessiva vitalità. Nella Camera dei Deputati i medici non sono molti e non è quindi a meravigliare se tra pochi, pochissimi siano quelli che si interessano con zelo pari alla competenza di quistioni che potrebbero essere quasi specifiche del loro patrimonio culturale, della loro esperienza, della loro professione. Nè d'altra parte la voce di pochi, e specie quando questi pochi non costituiscono un nucleo omogeneo, e si distribuiscano nei varî gruppi politici, può avere ragione dei più. La maggioranza della Camera è ancora costituita di avvocati, che tollerano più che accettare sinceramente, entusiasticamente le quistioni sanitarie.

Occorre ingrossare quel nucleo, circondarlo di abbondante protoplasma perchè esso possa vivere veramente e prosperare. Ogni medico astraendo da ogni preferenza di partito deve adoperarsi perchè il maggior numero dei colleghi entri nel Parlamento.

Nei molti si troveranno i fattivi, senza dire che nelle Assemblee il numero può anche contare in difetto di qualità.

La classe medica deve essere meglio rappresentata in Parlamento, meglio non solo qualitativamente, ma anche quantitativamente. E ciò non solo perchè gli interessi dei medici siano convenientemente tutelati, ma perchè la legislazione sanitaria possa avere quello sviluppo, che le esigenze della civiltà rendono sempre più imprescindibili.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Il Congresso Nazionale degli Ordini dei medici.

La mattina del 20 andante nella sede sociale in piazza Foro Traiano, 1, si è iniziato il Congresso indetto dalla Federazione dell'Ordine dei Medici, che riveste carattere di rilevante importanza per le questioni vitali che in esso verranno trattate e che riguardano la classe medica tutta. Tra i presenti:

Percival (Alessandria); Rossini (Ancona); Castelli e Gianmaria (Aquila); Belli (Arezzo); Mandragora (Bari); Domenichini, Nardi e Moreschi (Bologna); Bongiovanni (Cuneo); Ronconi (Cremona); Grandoni (Cosenza); De Benedictis (Chieti); Barone e Capone (Campobasso); Rossi e Chiavrini (Forlì); Fatichi (Firenze); Poli (Genova); Biscioni (Lucca);

Vernozza e Carrieri (Lecce); Pellegrini (Livorno); Balli (Modena); Cocito (Messina); Vacino (Novara); Guidoni, Di Castro, Schiappoli e Olivieri (Napoli); Tonelli (Parma); Ferrari e Scabia (Pisa); Zambler (Padova); Salpietra (Palermo); Secchieri (Rovigo); Tallarico (Salerno); Mattioli, Bertacchini, Garrino e Ogliaro (Torino); Trevillozzi (Grosseto); Ambrogi (Massa); Gandolfi (Piacenza); Sacchetto e Majello (Vicenza); Alberti (Pesaro).

Alla presidenza prendono posto: il prof. Ballerini presidente dell' Ordine di Roma, il prof. Silvagni presidente dimissionario della federazione, il sen. Marchiafava, l'on. prof. Sanarelli pel fascio medico parlamentare, il prof. Simonetta del Consiglio superiore di Sanità, il dott. Secchieri segretario federale, il dott. Braccini.

Apre la seduta il prof. comm. Ballerini che con ispirate parole ricorda l'opera ed il sacrificio compiuto dalla classe medica italiana nella guerra vittoriosa ed invia un caldo saluto ai colleghi delle terre invase e delle terre redente.

Termina beneaugurando ai lavori del Congresso. (*Vivissimi applausi*).

Segue il prof. sen. Marchiafava che in qualità di rappresentante del Sindaco e del Comune di Roma, pronunzia un applaudito discorso accennando ai grandi problemi igienico-sanitari del dopo guerra per i quali il Governo dimostra la più benevola disposizione nel volerli risolvere con mezzi adeguati.

Chiude ricordando con nobili parole il contegno pieno di abnegazione e di amore tenuto dai medici militari al fronte e negli ospedali. Con commozione ha visto nell'ordine del giorno incluse le onoranze ai caduti, alla memoria dei quali la classe si inchina reverente; il loro ricordo deve ispirare concordia nel grande lavoro da compiersi per il bene dell'umanità (*unanimi applausi*).

Il prof. Sanarelli reca quindi il saluto del fascio medico parlamentare, augurandosi che la organizzazione dei medici italiani divenga sempre più forte in modo da esercitare una maggiore influenza sui poteri dello Stato.

Anche il forbito discorso dell'on. Sanarelli è coronato da applausi.

Il dott. Ballerini, acclamato presidente, riferisce sul « lavoro compiuto dal Consiglio federale ».

In merito interloquiscono i dottori Nardi di Bologna, Tallarico di Salerno, Fatichi di Firenze, Gandolfi di Piacenza, Vernozza di Lecce, Salpietra di Messina, Belli di Arezzo, Pellegrini di Livorno, Alberti di Pesaro ed altri.

Dopo la verifica dei poteri si nomina una Commissione per la revisione del lungo ordine del giorno e ad essa vengono chiamati a far parte i proff. Alberti, Belli e Poli.

Sul tema *Onoranze ai medici caduti in guerra* riferisce il prof. Silvagni, il quale afferma il dovere della classe di dare un attestato di riconoscenza ai colleghi che immolarono la propria vita per la patria.

Espone quanto al riguardo fece la Federazione col costituire un archivio di notizie sui medici caduti al fronte e che raggiungono la cifra di circa 400.

Accenna alle pubblicazioni di biografie sul giornale federale ed esamina le proposte presentate al riguardo dall'Ordine dei medici di Padova.

Sull'argomento illustrano proposte varie i dottori Fatichi di Firenze, Chiarini, Sacchetto, Di Castro, Tallarico, Cornelli, Nardi, Guidoni, Grandoni Finari ed altri.

Si delibera in ultimo su proposta Silvagni di deferire al nuovo Consiglio federale l'esame e la attuazione delle proposte.

Seduta pomeridiana del 20 maggio.

In principio di seduta, cui presiede il dottor Arturo Secchieri di Lendinara, si approva la « relazione dei revisori dei conti » esposta dal dottor Gandolfi di Piacenza e che comprende il resoconto finanziario, i bilanci consuntivo e preventivo, il rendimento finanziario della sottoscrizione per i medici del Belgio, il rendimento finanziario della sottoscrizione per i medici danneggiati dal terremoto.

Ballerini riferisce sull'esito della sottoscrizione per le onoranze all'eroico cap. Paolucci, sottoscrizione tuttora aperta allo scopo di completare la somma necessaria per una borsa di studio al Collegio degli orfani di Perugia.

Il col. prof. Simonetta ringrazia con animo commosso i sanitari d'Italia e più specialmente la Federazione per la simpatia dimostrata per la benefica istituzione del Collegio degli orfani di Perugia, devolvendo a favore di esso le somme raccolte per onorare il cap. Paolucci.

I componenti la commissione nominata per la revisione dell'ordine del giorno dott. Belli, Poli e Alberti classificano in ragione della loro importanza gli argomenti da trattarsi nel Congresso.

Parlano in merito i dottori Tonelli, Braccini, Pellegrini, Casati, Ogliaro, Vacino ed altri.

Di Castro di Napoli propone in unione all'Ordine di Salerno *modifiche alla legge sugli ordini e chiusura dell'Albo.*

Quest'ultima proposta incontra l'opposizione dei dottori Casati, Ogliaro, Ballerini, Fatichi e di tutto il Congresso e perciò è respinta.

Il dott. Tallarico di Salerno illustra le « modifiche da apportarsi alla legge sugli ordini », e specialmente agli art. 3 e 8 comma C.

Il dott. Ogliaro espone a nome dell'Ordine di Torino le modificazioni all'art. 3 della legge sugli ordini dei sanitarî.

Dopo ampia discussione si approva un ordine del giorno del dott. Chiodi di Bergamo con cui si domanda: 1° l'obbligo della iscrizione per tutti indistintamente i laureati in medicina; 2° la facoltà dell'ordine di intervenire nelle controversie tra medici e pubbliche amministrazioni.

Ferrari di Pisa propugna una rappresentanza di medici condotti nei Consigli provinciali sanitarî.

Dopo osservazioni di Tonelli, Grandoni ed altri la proposta viene approvata.

Il dott. Sacchetto di Vicenza si occupa delle riscossioni della tassa dell'ordine di cui espone le difficoltà. Sullo stesso argomento parla il dott. Salpietra esprimendo il parere, cui si associa l'assemblea, che le tasse siano demandate per la riscossione all'Esattoria Comunale. Il Congresso approva una proposta del prof. Silvagni tendente ad ottenere che il Consiglio Superiore di Sanità stabilisca le regole per le iscrizioni dei residenti in una Provincia ed iscritti in Provincie diverse.

Il dott. Piazza di Siracusa parla dell'azione concorde perchè il Governo riconosca il valore giuridico alle tariffe ed alle liquidazioni emanate dagli Ordini. Interloquiscono Schiappoli di Napoli, Tallarico di Salerno, Silvagni di Bologna, Fatichi di Firenze che propone sia chiesto nella legge sugli ordini un articolo aggiuntivo per il quale gli ordini stessi debbano fare una tariffa di prestazioni mediche, ed un secondo articolo per il quale il magistrato nella divergenza tra medico e cliente debba presentare la nota di prestazione medica all'ordine dei medici che in questo caso viene chiamato come perito. La proposta è approvata.

Sull'azione da seguirsi perchè i desiderati della classe medica siano raggiunti onde le «condizioni economiche dei medici» siano rispondenti alla crescente esigenza della vita, pronunzia un notevole discorso il prof. Silvagni, il quale dimostra l'utilità degli ordini medici e la necessità che siano ben definiti i rapporti tra gli ordini stessi e le pubbliche amministrazioni.

Parlano in merito Guidoni di Napoli che vorrebbe deferito al nuovo Consiglio Federale di svolgere un'azione rigida ed efficace verso il Governo, cui esporre tutte le aspirazioni della classe; Pellegrini di Livorno che consiglia d'inviare subito la commissione al Ministro dell'Interno per presentargli le richieste immediate del Congresso, Vacino, Alberti, Gandolfi ed altri.

In ultimo si approva il seguente ordine del giorno proposto da Ogliaro, Vacino, Casati ed altri: «Il Congresso Federale degli Ordini dà incarico al nuovo Consiglio Federale di esplicare un'azione immediata, costante, tenace e ferma perchè venga modificata l'attuale legge sugli Ordini dei sanitarî nel senso sia sancita la obbligatorietà di inscrizione a tutti i medici senza eccezione e sia abrogata la disposizione dell'art. 3 che vieta l'intervento degli ordini nelle vertenze fra sanitarî ed enti amministrativi, perchè sia data facoltà al Presidente di farsi sostituire nel Consiglio Sanitario Provinciale e perchè vengano accolti tutti gli altri voti espressi dal Congresso.

Trascorso quel periodo di tempo che il Consiglio Federale riterrà opportuno, senza che abbiano sanzione legislativa i provvedimenti approvati dal Congresso, e specialmente i tre primi, comanderà a tutti gli ordini l'azione diretta con quei mezzi che riterrà del caso».

Seduta antimeridiana del 21 maggio.

Alle 9.30 il presidente prof. Ballerini apre la seduta comunicando un'istanza dell'Associazione nazionale delle infermiere con la quale s'invoca l'appoggio degli Ordini dei Medici perchè sia riconosciuto il «titolo professionale al personale infermiere» per l'elevamento della classe.

Il Congresso delibera di rimandare la discussione della richiesta delle infermiere alla trattazione delle proposte eventuali.

Si procede quindi alla nomina della Commissione elettorale per la designazione dei candidati al futuro Consiglio federale ed essa risulta composta dei dottori: Gandolfi, Pellegrini, Salpietra, Maiolò, Guidoni, Apolloni, Mattioli.

Si passa subito al tema: «Tutela degli interessi della classe nella promulganda legge sulle assicurazioni obbligatorie contro le malattie».

Su questo argomento importantissimo per il Congresso e assai toccante per i congressisti perchè coinvolge i loro interessi economici e morali riferisce il dott. Alfredo Martinelli presidente dell'Associazione nazionale dei medici condotti.

Il relatore dopo aver esposte le ragioni dell'agitazione di questa categoria di sanitarî i miglioramenti economici necessari, i mezzi di azione escogitati per conseguirli, entra a parlare della nuova forma di assistenza sanitaria mediante l'assicurazione obbligatoria la cui legge è di imminente promulgazione. Ed è precisamente in questa grande opera di previdenza sociale che la classe deve cercare la soluzione dei suoi problemi. Illustra i capisaldi che l'ultimo Congresso dei medici condotti ha chiesto vengano inseriti nella legge in parola.

L'accoglimento di questi desiderati porterebbe con sè l'abolizione del vecchio tipo di condotta dipendente dai Comuni e vi sostituirà un servizio pubblico modernamente organizzato ove tutti i

lavoratori e poveri saranno degli assicurati ed ove la spesa sarà ripartita giustamente sui lavoratori stessi, sulle imprese, sugli Enti pubblici.

L'oratore prospetta quale benefico impulso riceveranno dalle assicurazioni e la medicina curativa e la profilattica e come per questa via si giungerà anche alla risoluzione radicale del problema ospitaliero.

Termina sostenendo che occorre fare ai medici condotti — i quali compiono un vero apostolato sociale — condizioni di vita tali che ne elevino il prestigio presso le popolazioni e li compensino adeguatamente della diuturna opera di bene che essi compiono (*Vivi applausi*).

Il dott. Fatichi di Firenze rivendica innanzi tutto all'Associazione dei medici condotti il merito di avere da molti anni sostenuta la necessità della legge assicurazioni malattie. È legge però che rivoluziona l'esercizio medico e sarà un pericolo non solo per i medici condotti, ma anche per i liberi esercenti ed ospitalieri, se la legge, come quelle precedenti, offenderà l'interesse economico dei medici, dando retribuzioni inaccettabili.

È necessario anche che sia tutelata mediante concorso l'attribuzione dei posti. Pensi il legislatore, che l'applicazione della legge giusta, proficua ed onesta dipende solo dai medici e che questi hanno diritto ad avere un trattamento morale ed economico dignitoso.

Anche il dott. Fatichi è assai applaudito.

Il dott. Ferrari di Pisa svolge una pregiudiziale tendente ad ottenere subito l'« abolizione delle condotte piene, l'elevamento di stipendi decorosi, la formazione di tariffe di esercizio ».

La discussione si fa sempre più importante e vi prendono parte, recando largo contributo di osservazioni e di proposte, i dottori Cornelli di Pavia, Vacino di Novara, Tonelli di Parma, Grandoni di Cosenza, Giudice di Napoli, Casati di Ferrara, Belli di Arezzo, Rossi di Forlì, Schiappoli di Napoli, Alberti di Pesaro, Chiodini di Ferrara ed altri molti.

Braccini di Perugia rileva l'interesse morale e materiale della classe di occuparsi dell'importante argomento per il quale reclama l'abolizione dell'aumento delle tariffe, mentre si dichiara favorevole all'aumento sessennale dell'indennità.

Tra la più deferente attenzione prende la parola il prof. Silvagni di Bologna, il quale richiama l'attenzione del Congresso sull'importanza dell'argomento trattato con tanta competenza dal dottor Martinelli e del quale ebbe già ad occuparsi la Federazione degli Ordini.

Ricorda al riguardo l'ordine del giorno approvato nel Congresso del 1914, col quale si propugnava una legale rappresentanza della classe medica nella Commissione per la compilazione della legge sulle assicurazioni.

Riferisce l'interessamento spiegato in tal senso dalla Federazione e dimostra come sia necessaria un'azione decisiva e concorde e la piena solidarietà della classe, poichè la questione interessa anche i medici liberi esercenti e ospedalieri.

Termina proponendo di dar mandato al dottor Martinelli perchè la Commissione chiami nel suo seno la rappresentanza della Federazione per discutere il progetto di legge ed esprimere i desiderî della classe medica.

Il discorso sereno e pratico del prof. Silvagni riscuote vive approvazioni.

Dopo una replica del relatore dott. Martinelli si approva il seguente ordine del giorno del dottor Grandoni.

« Il Congresso rilevato che le leggi di previdenza sociale finora attuate quali quella sull'assicurazione obbligatoria degl' infortuni sul lavoro agricolo, fanno malgoverno degli interessi e del decoro della classe sanitaria, la quale ha il dovere del buon funzionamento delle leggi stesse, domanda che un rappresentante della Federazione degli Ordini dei medici venga incluso dalla Commissione ministeriale che prepara la legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie, ed in ogni modo stabilisce fin da ora di avvalersi dei mezzi di azione che sono a sua disposizione qualora i giusti desiderata della classe corressero il pericolo di non venire accolti ».

(*Continua*)

Ordine dei medici della Provincia di Trapani.

L'ordine in seconda convocazione ha deliberato intorno alla relazione annuale, intorno ai contributi dei soci morosi, ecc. Riguardo alle *tariffe per le perizie medico-legali* ha approvato il seguente ordine del giorno:

« I medici della Provincia di Trapani, riunitisi nella sede dell'Ordine;

considerato che la tariffa per le perizie medico-legali è inadeguata alle nuove esigenze dei tempi e costituisce un ingiusto ed indecoroso trattamento dei medici, chiamati a prestare il loro ufficio nell'interesse della giustizia;

fanno voti al Governo perchè voglia sollecitamente elevare la tariffa per le perizie giudiziarie ad equa misura, attuando, per lo meno, quella che vige in Francia ».

Ordine dei medici della Provincia di Messina.

Nella riunione del 15 aprile il presidente prof. Tornatola, deplorato l'inveterata avversione della grande maggioranza dei medici alle Associazioni: mentre operai, contadini, impiegati d'ogni specie e grado, insegnanti, magistrati, con l'associarsi

hanno già conseguito notevoli miglioramenti materiali e morali, nulla è stato fatto per i medici: le richieste singole non sono state ascoltate, nè tenuti in alcun conto i voti di qualche consiglio, di qualche assemblea degli ordini dei medici.

Propone poi la modifica alle tariffe in vigore per la provincia, aumentando del 50 % gli onorari.

I medici condotti della Provincia di Ascoli Piceno.

È stato votato il seguente ordine del giorno:

« La sezione Picena dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti, radunati il 5 maggio 1919 in Porto San Giorgio, convinta che sia tempo ormai di rapidamente concretare le giuste aspirazioni della classe, e di conquistare quei veri miglioramenti economico-morali ai quali essa ha diritto, mentre si dichiara disposta, sicura dell'appoggio delle consorelle italiane, a ricorrere a mezzi estremi (sospensione del servizio di condotta piena, dimissioni in massa), se eventualmente le sue domande non fossero sollecitamente esaudite, delibera di chiedere:

1) che sia istituita la condotta residenziale, rispondente alle esigenze dei tempi e voluta dalla Legge Savitaria, con lo stipendio non minore a lire 5000 annue;

2) che, fino a che non sarà risolta la questione della condotta residenziale, in vista delle accresciute ed urgenti necessità della vita, lo stipendio, con decorrenza dal 1. luglio 1919, sia elevato al doppio di quello percepito attualmente da ciascun sanitario;

3) che per i medici rurali aventi obbligo di cavalcatura questa sia a carico del Comune oppure retribuita con indennità non inferiore a lire 1500 annue;

4) che sia riformato l'attuale irrisorio istituto delle pensioni ».

I medici condotti dell'Aquilano.

Il 15 maggio si tenne ad Aquila un convegno di medici condotti. Fu prospettata e lumeggiata la necessità impellente che vengano migliorate le condizioni economiche dei medici condotti; si trattò inoltre della riduzione delle condotte generali in condotte per soli poveri; della Cassa pensioni; dell'assicurazione sugl'infortuni agricoli in rapporto agli obblighi e onorari stabiliti per i medici condotti; infine delle assicurazioni contro le malattie e relativa trasformazione del medico condotto in medico fiduciario.

L'assemblea votò un ordine del giorno, che fu comunicato al prefetto, col quale i convenuti esprimono il voto che la G. P. A., dietro la presentazione delle singole domande dei medici condotti, avvalendosi della facoltà concessale dalla Legge comunale e provinciale e dalla Legge sanitaria, deliberi la soppressione della spesa facoltativa dell'assistenza degli abbienti ed elevi, nello stesso tempo, lo stipendio alla congrua massima misura di lire 5000, per la sola cura dei poveri, oltre quattro sessenni del decimo, e l'indennità di cavalcatura a lire 1500. E deliberano di dimettersi collettivamente e contemporaneamente dalle condotte nel caso che i suesposti desiderata non fossero accettati dopo quattro mesi dalla presentazione delle domande.

Era stata ventilata e caldamente patrocinata, anche da parte del presidente Ortensi, la proposta di addivenire eventualmente allo sciopero collettivo; ma poi essa venne abbandonata, per accedere all'idea delle dimissioni in massa.

Il dott. Colarossi ricordò che il C. P. sanziona pene severe contro quei medici che abbandonassero il loro posto, e il dott. Sbarra addusse le ragioni morali ed umanitarie che militano contro lo sciopero.

I medici condotti del Barese.

La sezione provinciale di Bari dei M. C. in seduta plenaria ha approvato il seguente ordine del giorno:

« La Sezione provinciale barese dei m. c.

convinta che sia ormai tempo di conquistare le giuste aspirazioni e tutti i miglioramenti economico-sociali che lo Stato e le provincie concedono ai loro impiegati, mentre si dichiara disposta a ricorrere a tutti i mezzi che potranno per l'intento essere emanati dalla Presidenza dell'Associazione nazionale,

delibera

fare voti alla Presidenza stessa perchè si adoperi ad ottenere dal Governo, così come si sta provvedendo per gli impiegati dello Stato, un decreto luogotenenziale che stabilisca uno stipendio di base rispondente alle nuove esigenze della vita ».

Associazione fra i medici liberi esercenti della provincia di Firenze.

Sono stati votati i due seguenti ordini del giorno:

I. « L'Associazione..... fa plauso alla prossima promulgazione della legge per l'*assicurazione obbligatoria contro le malattie*, ma a tempo ammonisce che essa legge deve essere contemperata anche agli interessi della classe medica.

« Reputa quindi necessario e ne dà l'incarico all'Ordine dei medici di Firenze per il prossimo Congresso federale degli Ordini, agitare a tempo in sede competente, la questione per preparare al Governo delle norme direttive che abbiano il consenso della classe dei medici ».

II. « L'Associazione.....

« deplorato che con la *legge Infortuni sul lavoro agricolo* lo Stato venga ad esercitare su la classe medica una nuova azione ed imperio, la quale ha l'aggravante di disposizioni lesive al suo decoro ed all'interesse economico;

« constatato che i magnificati resultati della gestione governativa della « Cassa nazionale infortuni » stanno in disgustoso contrasto con lo sfruttamento coercitivo dei medici;

« affida all'Ordine dei medici della provincia di Firenze di trattare nel prossimo Congresso federale degli Ordini, la questione delle imposizioni di oneri professionali che lo Stato fa ai medici, facendosi propugnatore del principio che nessun atto d'imperio debba mai essere imposto a qualsiasi classe professionale ed iniziatore di proposte di compensi, che siano adeguati all'opera che si richiede ed uguagliati al valore odierno del denaro, e di modificazioni della legge nel senso che sia liberato il medico dalla responsabilità della denuncia dell'infortunio e ciò in riguardo alla speciale condizione di esercizio nella condotta ».

I medici ospitalieri di Milano.

Nella sede della Federazione delle Società scientifiche in Via S. Paolo 10, a Milano, si sono riuniti i medici dell'Ospedale Maggiore, per discutere un memoriale da essi elaborato per il Consiglio degli Istituti Ospitalieri. Il memoriale, basandosi sulle esigenze dell'attuale momento economico, richiede degli aumenti che vanno fino al raddoppio dello stipendio.

Fu quindi approvato un voto di solidarietà coi farmacisti dell'Ospedale i quali ebbero soltanto una parziale soddisfazione delle loro richieste.

Richiesta di medici in Cina.

È stato comunicato all'Ordine dei medici della provincia di Roma che la regia Legazione Italiana in Pechino ha fatto conoscere che la città di Shanghai è rimasta con un numero di sanitari assolutamente insufficiente, a causa del rimpatrio forzato di sudditi nemici; e che sarebbe una buona opportunità, per due o tre medici italiani, stabilirsi in quella Città, ove potrebbero esercitare la professione proficuamente e con vantaggio generale. È necessario conoscere qualche lingua estera, preferibilmente l'inglese.

Per maggiori schiarimenti rivolgersi all'Ordine dei medici o alla regia Prefettura di Roma.

Nella Rivista critica del dott. Maselli pubblicata sul fasc. 19 dell'11 maggio, il metodo della benzidina su carta da filtro dev'essere denotato come reazione Assanelli e non già Ascarelli, come venne stampato.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7782) *Servizio interinale. Cassa di previdenza.* — Dott. L. C. da M. — L'iscrizione alla Cassa di previdenza è obbligatoria per i medici condotti nominati regolarmente, cioè in base a concorso. Poichè i medici interinali non sono provveduti di nomina regolare non hanno obbligo di iscriversi alla Cassa medesima. Ella, essendo appunto un medico condotto interinale non ha alcun obbligo al riguardo.

(7783) *Dimissioni da medico condotto.* — Dottor M. F. da V. C. — A riguardo del termine occorrente per rassegnare le dimissioni dalla carica di medico condotto bisogna tener presenti le disposizioni all'uopo contenute nel relativo capitolato. Qualora in questo nulla si dica, si è liberi di rassegnarle quando meglio si crede, concedendo un breve lasso di tempo all'amministrazione per la ricerca di altro idoneo sanitario. In tal caso Ella potrebbe rassegnare le proprie dimissioni anche ora non ostante si trovi sotto le armi. Qualora intendesse attendere il congedo, dovrebbe recarsi nel proprio Comune e seguitare il servizio fino a quando sulle dimissioni non si sarà pronunziato il Consiglio comunale.

(7784) *Indennità caro-viveri.* — Dottor abbonato 4823. — Per la indennità caro-viveri agli impiegati dipendenti di Comuni furono emessi due decreti Luogotenenziali; il primo in data del 26 luglio 1917, n. 1181 ed il secondo in data del 9 marzo ultimo, n. 338. Col primo si accordava la indennità di lire 24 mensili a coloro che possedevano stipendio non superiore alle lire 4500. Di tale Decreto Ella non può giovarsi perchè, percependo lire 400 mensili, usufruisce di uno stipendio annuale superiore alle lire 4500. Col secondo Decreto fu concessa, invece, senza limitazione di stipendio, la indennità di lire 100 mensili all'impiegato ammogliato e di lire 65 al celibe, oltre centesimi 85 al giorno per ogni figlio minore convivente ed a carico, oltre i primi tre. Anche gli interni possono ottenere tale indennità purchè coprino posti compresi nella pianta organica e privi di titolare. La decorrenza per tale indennità, che noi crediamo possa competerle, fu fissata al 1 gennaio 1919.

(7785) *Indennità caro-viveri. Consigliere provinciale.* — Dott. G. C. da B. — Ha diritto alla indennità giornaliera di cent. 85 per due figli e, cioè, pel quarto e pel quinto. Secondo la più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione, il medico condotto è ineleggibile alla carica di Consigliere provinciale.

(7787) *Indennità caro-viveri.* — Dottor A. B. da C. — Il Decreto Luogotenenziale del 10 febbraio 1918 è facoltativo per i Comuni; non così quelli del 28 luglio 1917, n. 1181, e 9 marzo ul-

timo, n. 338, portanti concessioni ed innovazioni a riguardo della indennità caro-viveri, che sono obbligatorî. Di essi può prendere visione sul locale Ufficio comunale essendo stati pubblicati, a suo tempo, sulla Gazzetta Ufficiale.

(7788) *Indennità caro-viveri.* — Dottor F. A. da P. — Avendo Ella persone di famiglia conviventi ed a carico, ha diritto, non ostante sia celibe alla indennità caro-viveri in lire 100 mensili.

(7789) *Prestazione professionale. Liberi esercenti.*— Dott. G. B. da P. di S. — Il libero esercente non è tenuto a prestazioni professionali, neanche in casi urgenti; tranne che glie ne venga fatto espresso obbligo da competenti autorità, nel qual caso il rifiuto costituirebbe la contravvenzione prevista e punita dallo articolo 334 del Codice penale.

(7790) *Indennità caro-viveri.* — Dottor N. P. da M. — Al medico condotto supplente ed interinale compete la indennità caro-viveri quando copre posto compreso nella relativa pianta organica, debitamente approvata, e priva di titolare. Non gli compete nulla se il precedente condottato sia assente per infermità, congedo o perchè chiamato sotto le armi, ma gli compete, invece se il detto sanitario sia morto o dimissionario.

(7791) *Pensioni.* — Dott. A. R. da R. — Il trattamento di favore fatto per le pensioni degli impiegati dello Stato non è esteso per quelle dei medici condotti. Nella liquidazione delle pensioni a tale categoria di funzionarî si tien conto degli anni di servizio militare prestato come richiamati, valutandoli nella loro effettiva entità, non solo agli effetti del raggiungimento del diritto, ma anche agli effetti di determinare l'ammontare della pensione sempre che durante il servizio militare essi abbiano continuato a pagare i contributi prescritti.

(7792) *Servizio antimalarico. Pensioni.* — Dottor G. M. da M. C. — All'ufficiale medico comandato per servizio antimalarico civile non spetta alcuna indennità speciale. Il medico condotto, che non ha pagato ritenuta per la Cassa pensioni durante il servizio militare, non ha obbligo di pagare le ritenute arretrate, quando è congedato e riprende il servizio civile. Gli anni passati sotto le armi non sono, però, in tal caso, considerati come utili agli effetti della pensione.

(7793) *Indennità caro-viveri. Impiegati Opere Pie.* — Dott. abbonato 7699. — Il Decreto Luogotenenziale del 9 marzo ultimo, n. 338, portante modificazioni alla indennità caro-viveri si applica solamente agli impiegati dipendenti dalle Provincie e dai Comuni e non si applica a quelli dipendenti dalle Opere Pie. A Lei, quindi, può unicamente competere la indennità che la pia Amministrazione abbia, all'uopo, spontaneamente deliberato. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 2260:

Già si è risposto che il percepire i premi di smobilitazione non lede l'esito del ricorso da lei presentato.

Al dott. S. C. da M.:

Se la sua inabilità è dipesa dalla ferita riportata in servizio di guerra Ella aveva diritto ad essere promosso tenente dopo trascorso un anno nel grado di sottotenente e cioè nel giugno 1918.

All'abb. n. 8525:

L'anzianità che Ella aveva in fanteria non viene considerata per il suo avanzamento nel corpo sanitario militare.

All'abb. n. 4682:

Le spetta la promozione poichè i tenenti medici effettivi sono stati già promossi fino all'anzianità 4 marzo 1917.

Ma il suo specchio di stanziamento è stato inviato al Ministero?

Al dott. S. M. da S.:

La circolare cui Ella accenna non riguardava gli ufficiali medici.

All'abb. n. 10309:

Per gli ufficiali della Sanità Militare la promozione dei sottotenenti con anzianità eguale alla sua si effettuò con la data del 1° aprile 1916.

Anche da borghese Ella può sempre reclamare quanto le spetta.

All'abb. n. 4322:

Per la promozione a tenente colonnello i maggiori medici di milizia territoriale debbono ora avere l'anzianità del 13 dicembre 1916.

All'abb. n. 10055:

Può provare a far domanda, ma..... date le attuali esigenze, ritengo, con poca probabilità di ottenere l'intento desiderato.

All'abb. n. 8409:

Se non vi sono mezzi ferroviarî tra i due comuni di Avio e Borghetto è ovvio che le spetta l'indennità chilometrica, che viene concessa a chi compie un viaggio *per via ordinaria*.

Per conseguire la promozione occorre sempre la proposta di avanzamento che deve essere inoltrata al Ministero dall'autorità militare dalla quale dipende l'ufficiale promovendo, ed i tenenti medici con anzianità 1° febbraio 1917 hanno già l'anzianità necessaria per essere proposti per la promozione.

Al dott. F. B. da T.:

La circolare cui Ella accenna non riguarda gli ufficiali medici.

Al dott. G. M. da B.:

Gli ultimi tenenti medici promossi capitani avevano l'anzianità del 1° maggio 1916.

Possono esser messi nel quadro di avanzamento i tenenti medici con anzianità fino al 4 marzo 1917.

All'abb. n. 10389:

Il congedamento degli ufficiali medici della classe 1882 è realmente già in corso.

All'abb. n. 2260:

La strada da Lei seguita è giusta.

Occorre però armarsi di pazienza perchè sono pratiche..... a lungo decorso!

All'abb. n. 10062:

Perchè il servizio al quale è adibito possa considerarsi come *temporaneo* agli effetti amministrativi occorre che ciò sia oggetto di un'apposita dichiarazione da parte dell'autorità che l'ha comandato a compierlo.

All'abb. n. 8538:

La circolare n. 113 della Disp. 14 del G. M. del 26 febbraio 1919 (articolo 4) stabilisce tassativamente che l'indennità di smobilitazione è concessa agli ufficiali di tutte le categorie che abbiano prestato 6 mesi di servizio *prima della data dell'armistizio*.

Al dott. D. P. da M.:

La concessione o meno dell'esonero non ha nulla a che vedere con l'appartenere l'ufficiale medico a classi già in congedo.

Al dott. E. L. da L.:

Mi sembra che il Comitato regionale della Croce Rossa non possa negare a lei il premio di smobilitazione, in analogia a quanto è stabilito per gli ufficiali dell'Esercito.

Provi a reclamare al Comitato centrale della benemerita Associazione.

Al dott. L. R. da M. d. T.:

Ella può rivolgere domanda al Ministero della guerra pel tramite del Comando del suo Distretto.

L'esser decorato di medaglia al valore non implica il diritto a fregiarsi della croce di guerra.

All'abb. n. 9927:

Avendo Ella già fruito di 30 giorni di licenza potrebbe dal Comando Supremo venirle negata una nuova licenza.

Però dato il caso pietoso e se gravi circostanze di servizio non vi si oppongono, in genere anche la seconda licenza viene concessa per una causa di tanta gravità.

Ogni reclamo o domanda in merito va fatta al Comando Supremo pel tramite gerarchico.

All'abb. n. 10286:

La circolare n. 25 del Giornale militare 1919, riguarda i militari di truppa.

Non è quindi applicabile agli ufficiali medici.

Avvertiamo che:

non si risponde ad anonimi;
non si risponde a quesiti che riguardano terzi;
non si risponde a quesiti d'indole esclusivamento personale;
non si risponde privatamente. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

NORMA (*Roma*). — Cercasi massima urgenza medico interino, salvo nomina effettivo. Stipendio mensile L. 600 netto qualsiasi ritenuta. Scrivere al Sindaco

VOLTERRA. *Ospedali Riuniti*. — In attesa di autorizzazione all'apertura del definitivo concorso, cercasi medico-chirurgo-assistente che coadiuvi il Direttore chirurgo primario. Compenso dalle 3500 alle 4500 lorde. Rivolgersi alla Amministrazione dei suddetti Ospedali.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ.

Il prof. Innocente Clivio, ordinario di clinica ostetrico-ginecologica presso l'Università di Pavia e preside di quella Facoltà Medica, è stato chiamato dalla Facoltà Medica di Genova a coprire la stessa cattedra rimasta vacante per la morte del prof. Bossi.

Il prof. Agenore Zeri, ordinario di semeiotica medica presso l'Università di Roma, è stato chiamato, con votazione unanime della Facoltà medica a coprire la cattedra di patologia speciale medica, resasi vacante con la perdita del prof. Rossoni.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatore: Bonanome prof. Luigi Achille (Rallegramenti).
Cavalieri: Brancoli Busdraghi dott. Nicolao; Sava prof. Enrico; De Marco dott. Eugenio.

MEDICINA SOCIALE.

Propaganda igienica nelle scuole di Roma.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) di accordo con quello della Pubblica Istruzione, ha accolto e validamente appoggiato una iniziativa assunta dal Comune di Roma per una più intensa volgarizzazione dei principî di igiene pratica nelle scuole primarie della città.

Il concetto fondamentale è di diffondere in queste scuole norme, che debbono servir di guida alla pulizia della persona e della casa ed alla difesa contro le malattie infettive e diffusive.

E per tale scopo agli insegnamenti verbali saranno aggiunte le dimostrazioni con proiezioni e cinematografie, che meglio valgono ad imprimere questi concetti nella mente del fanciullo. Saranno inoltre distribuiti opuscoli e foglietti, che contengono in forma piana e lucida i dati scientifici e statistici più importanti, per modo che possano esserne ricavati soggetti per lezioni pratiche nelle scuole e per piccoli componimenti. Il Comune di Roma è in via di costituire un Museo igienico, il quale raccolga tutti questi mezzi di insegnamento pratico, in modo da poterli utilizzare anche negli anni consecutivi.

In quest'opera debbono essere associati il medico ed il maestro, il primo per dare i concetti scientifici, il secondo per farli penetrare nelle menti degli allievi. A tale scopo fu tenuta una prima riunione cui intervennero i Direttori Didattici ed i medici scolastici delle scuole di Roma ed in cui l'assessore per l'igiene on. professor Marchiafava spiegò gli intenti da raggiungere e la via da seguire. Saranno tenute poi riunioni consecutive, cui interverranno scolari ed insegnanti di varie classi ed in cui medici scolastici o persone di riconosciuta competenza illustreranno i singoli argomenti, indicati nel seguente programma concordato:

1) Pulizia della persona e degli abiti. Bagni.

Le abitudini dei bambini, che possono facilitare la diffusione di malattie: le mani in bocca — raccogliere e portare alla bocca oggetti trovati a terra — mangiare senza lavarsi le mani — starnutire, tossire, sputare, parlare disseminando goccioline di saliva in viso ai vicini.

2) Pulizia dell'abitazione. Abitudini dannose nella casa: finestre sempre chiuse — tende, cortinaggi e tappeti — abiti messi ammucchiati nella camera dove si dorme — angoli morti e tratti di pavimento sotto i mobili, dove non giunge la pulizia quotidiana — ripostigli bui e latrine mal tenute — la scopa e lo strofinaccio umido — pericoli della polvere.

3) L'acqua da bere.

4) La difesa contro le mosche e gli insetti parassiti dell'uomo. Come si diffondono le malattie più comuni.

5) La tubercolosi.

6) La malaria.

Quest'ultimo argomento avrà speciale importanza per le scuole dell'Agro romano, dove la trattazione di esso verrà collocato alla profilassi medica contro la malattia.

Pubblicheremo prossimamente:

G. Sabatini. *Moderne vedute sull'etio-patogenesi e sulla terapia dell'asma bronchiale.*

NOTIZIE DIVERSE.

XXVI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Il Comitato ordinatore, con sede a Trieste presso l'Ospedale Civile, comunica che le condizioni in cui si trova attualmente Trieste per la mancanza di alloggi rendono necessario di rimandare il Congresso al prossimo ottobre. Ne verrà a suo tempo stabilita la data precisa.

Il Congresso di Monaco.

L'annunziato Congresso internazionale di idrologia, climatologia, talassoterapia ed elioterapia avrà luogo in Monaco durante le feste pasquali del 1920 sotto l'alto patronato di S. A. R. il principe di Monaco.

Vi sarà unita una Esposizione di pitture, disegni e fotografie, che mostrerà ai congressisti ed ai visitatori i documenti relativi alle questioni odierne scientifiche ed industriali che verranno trattate al Congresso.

Il Comitato internazionale di organizzazione ha per presidente il prof. Alberto Robin. Il Comitato italiano è presieduto dall'on. prof. Giuseppe Sanarelli; ne è segretario generale il prof. Giuseppe Sabatini, assistente alla R. Clinica Medica di Roma.

Per l'insegnamento dell'anatomia comparata nelle facoltà mediche.

Il sen. prof. Grassi ha presentato una interpellanza al Ministro della P. I. « in relazione della pubblica competenza della Commissione del Consiglio Superiore che ha proposto di abolire l'insegnamento di anatomia comparata (morfologia) per gli studenti della Facoltà di medicina, dimostrando così di ignorare che tale materia ha ai nostri giorni assunto fondamentale importanza inquantochè, per consenso universale, da essa l'anatomia umana riceve non minore luce che dalla fisiologia, e senza di essa non si può comprendere l'organizzazione dell'uomo, mentre da altra parte lo studio dell'anatomia comparata facilita molto, anche praticamente, quello dell'anatomia umana. Risalendo ad una questione generale, il sen. Grassi interpella anche sulla tendenza a svalutare in Italia, sia nelle scuole superiori che in quelle medie, l'insegnamento della storia naturale, mentre essa forma la base non solo di ogni coltura biologica, ma anche della pratica (medicina, veterinaria, agricoltura, zootecnia) ».

Per il conseguimento delle libere docenze.

Il sen. Della Noce ha presentato alla Presidenza del Senato la seguente interrogazione:

« Nell'interesse di alcuni studiosi che non vorrebbero perdere un altro anno e sono tuttora in servizio militare come richiamati, il sottoscritto chiede all'on. Ministro della pubblica istruzione se non creda il caso di togliere il divieto fatto con decreto Luogotenenziale alle Facoltà universitarie di accordare esami per libere docenze senza attendere la conclusione della pace, agli ufficiali che ne facessero domanda ».

Terme per i poveri.

Il Comune di Milano ha acquistato la Stazione balneare di Tabiano, nel Comune di Salsomaggiore, da servire per cure gratuite ai poveri di Milano. Le terme si prestano per cure solforose, salso-jodiche, climatiche ed elioterapiche.

Beneficenza.

In una delle sue ultime sedute, la Cassa di Risparmio di Milano ha stabilito di concorrere con lire 100,000 alla pubblica sottoscrizione a favore dell'Istituto per grandi invalidi nervosi di guerra, che sta per sorgere nella metropoli lombarda.

Il generale Jean Louis Colvet ha legato la sua fortuna di circa un milione di lire alla Facoltà di Medicina di Montpellier per premiare annualmente il miglior lavoro scientifico sulla cura del cancro.

Conferenze di cardiologia.

Innanzi ad un eletto e denso stuolo di medici il prof. F. Mariani ha tenuto a Milano, presso gl'Istituti clinici di Perfezionamento, le prime due conferenze del ciclo già annunziato.

Nella prima ha esposto la storia della cardiologia ed ha trattato delle forze di resistenza del muscolo cardiaco e dei mezzi per valutarle, dello scompenso, della prognosi delle cardiopatie.

La seconda conferenza venne consacrata alle applicazioni della radiologia.

L'O. ha dimostrato il valore dei rilievi ortodiagrafici, ha esaminato come si modifica l'ombra radiologica del cuore nelle varie cardiopatie, ha rilevato l'importanza della radiologia nella valutazione delle affezioni, dell'aorta: aneurismi, aortiti e ateromasia; infine ha accennato alla cinematografia del cuore. La conferenza venne illustrata da numerose proiezioni.

Alla Facoltà di Medicina di Parigi.

È stata fondata a Parigi una Società degli amici della Facoltà di Medicina allo scopo di perfezionare, presso quella Facoltà di Medicina, i metodi d'insegnamento, i mezzi di lavoro per gli studenti, i laboratori di ricerche scientifiche, di favorire la diffusione della medicina francese all'estero, di contribuire al progresso delle scienze mediche.

La presidenza è costituita da Léon Bourgeois, Lucien Poincaré, Paul Strauss, Debove, Kirmisson, Chauffard, Babinski, Pinard, Siredey, ecc.

In memoria dei medici caduti in guerra in Francia.

L'Accademia di Medicina ha deciso, su proposta del proprio presidente, di erigere nei locali dell'Accademia un monumento alla mecoria dei medici francesi vittime del dovere durante la guerra.

Un medico italiano fra i prigionieri inglesi.

Nel « British Medical Journal » del 10 maggio sono poste in rilievo le benemerenze acquistate dal medico italiano dott. Giuseppe de Vastor nel Lazzaretto del campo di prigionieri di Stendal, in Germania.

Grazie alla sua devota attenzione, alla sua abilità professionale ed alla sua forte volontà e personalità, che s'imponeva ai tedeschi, egli ha salvato moltissimi prigionieri inglesi dalla morte ed ha reso tollerabile la vita in quel luogo di sofferenze.

Antivivisezionismo in Inghilterra.

Su proposta di sir Frederick Baubury sta per essere approvata in Inghilterra una legge che vieta le esperienze scientifiche (la così detta vivisezione) anche sotto anestesia nel cane. La « British Medical Association » ha formulato un voto di protesta contro questo ostruzionismo scientifico.

Il problema della ginnastica scolastica.

I presidi degli Istituti superiori di educazione fisica di Napoli e di Roma, professori Iuppelli e Guerra, sono stati ricevuti dal ministro Berenini, al quale hanno presentato un memoriale contenente proposte di provvedimenti circa l'indirizzo della ginnastica scolastica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. POZZI, resp.

Anno XXVI Roma, 1° giugno 1919 Fasc. 22

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Moderne vedute sull'etio-patogenesi e sulla terapia dell'asma bronchiale

per il prof. GIUSEPPE SABATINI,
assistente della Clinica medica di Roma
e libero docente.

L'asma bronchiale, nato per differenziazione dal gruppo delle dispnee, fu individualizzato da Celso ed è rimasto un'unità nosografica bene distinta; ma ancor oggi aspetta una salda base etiologica, una patogenesi libera da contrasti e da contraddizioni, ed, in linea subordinata, una terapia propria.

Molto si è scritto in ogni epoca sull'asma, anche perchè non pochi medici, e spesso illustri, da Seneca in poi, ne hanno sofferto: ma le teorie accumulantesi non hanno avuto maggiore fortuna dei rimedi rapidamente declinati. Nondimeno con le parti sopravviventi delle ipotesi scientifiche, delle osservazioni cliniche, delle cure sperimentate, si è venuto formando quel voluminoso capitolo su l'asma, il quale racchiude tutto il nostro attuale patrimonio in materia.

Però la scienza nostra che progredisce non col cammino uniforme di tutte le sue parti, ma portando avanti, a tratti, or l'una or l'altra, ha messo nel suo programma di lavoro di questi ultimi anni lo studio dell'asma bronchiale: e questa malattia ha così avuto il suo turno di attenzione e di ricerche. Ed anche di progresso?

Io non oserei rispondere alla domanda: gli studi ancora in piena evoluzione non sono peranco terminati e sarebbe arrischiato profetizzare quanto hanno di buono ed ove condurranno. Le nuove vie sono suggestive, ma fino a qual limite possano resistere ai passi di coloro che avidamente le percorrono, e se sboccheranno in fine di fronte alla verità ansiosamente cercata, non può predirsi.

Tali moderne vedute, così come vanno concretandosi, non possono però ignorarsi solo per voler attendere prima il definitivo collaudo della con-

troprova e della critica; v'è tutta una materia, sparsa qua e là, che ha il suo valore e non ha ancora potuto avere il suo posto nei libri, sia pure ultimissimi; bisogna conoscerla e meditarla, e cercar possibilmente di apportarvi il proprio contributo utile di controllo e di idee originali, perchè gli studi siano i più rapidi e sicuri possibili.

Questi studi sull'asma si svolgono in due campi, logicamente connessi: da un lato verso il problema etiologico e patogenetico della malattia, dall'altro riguardo alle applicazioni terapeutiche conformi alle singole vedute teoriche.

Credo utile di trattare partitamente i due temi.

ETIOLOGIA E PATOGENESI.

Quali momenti etiologici capaci di determinare l'asma sono stati chiamati in causa i più svariati fattori; dei moltissimi accreditati da antichi tempi e classicamente tramandati da autore ad autore non intendiamo occuparci; relativamente recenti sono invece alcune *relazioni stabilite tra asma e lesioni del naso e della gola.* Grant (1) le trovò 45 volte su 49 asmatici trattati, e a conclusioni pressochè analoghe giunsero Abbott (2), Gottlieb (3), Bonnier (4). Matthews (5) vide nel 90 % dei suoi casi *lesioni del tratto respiratorio superiore.* Davies (6) nel 1914 ha insistito sull'importanza degli *spostamenti uterini,* della *criptorchia,* della *ptosi addominale,* della *stitichezza,* della *dismemorrea;* ed Hare (7) della *malaria,* della *emicrania,* dell'*epilessia.* Babcock (8) riferisce il caso di attacchi asmatici insorgenti quando cessava il *drenaggio di una cistifellea infetta.*

Non occorre un'apposita critica per togliere valore a questa serie (che potrebbe ancora crescere spigolando più a lungo la letteratura moderna) di cause invocate quali provocatrici o fautrici dell'asma bronchiale. Quanti sono infatti gli infermi di stipsi o di emicrania, le dismenorroiche o gli epilettici, che non hanno mai patito di asma?

La *natura tossica* dell'asma, intravveduta, fra molte mende, nei suoi lavori da Moncorgé (1909) ebbe anch'essa ultimamente nuovo sostegno da Bezançon e Israël, i quali affermarono che l'asmatico emette sostanze tossiche per i suoi bronchioli, ciò che sarebbe provato dall'eosinofilia sia localmente rilevabile all'esame anatomico delle pareti bronchiali, sia rinvenibile nell'espettorato.

L'eosinofilia del sangue e dell'espettorato negli asmatici come vedremo è stata sempre una grande pezza d'appoggio per le teorie patogenetiche. Una volta assodata l'apparizione eosinofila come reazione locale o generale di intossicazioni, era naturale supporre che l'eosinofilia dell'asma non avesse diversa origine o comportamento speciale.

E queste sostanze tossiche eosinotattiche degli asmatici sono state ansiosamente ricercate.

Oltre i comuni prodotti della desintegrazione fisiologica cellulare, Allan Eusts (9) invoca l'azione asmogena di una *tossina intestinale* del gruppo delle amine, la *β-iminazolyletilamina* o istamina, che alla dose di ½-1 mmgr. uccide le cavie in pochi minuti, con uno spasmo polmonare così intenso, che una pompa da respirazione artificiale non riesce nè ad aspirare nè ad iniettare aria nei loro polmoni, i quali all'autopsia appaiono pallidi e iperdistesi.

Euskis ha isolato da β-iminazolyletilamina dalle feci di 3 asmatici; non l'ha potuta mai isolare dal sangue, nè dalle orine, ma iniettando queste ultime nelle cavie ha potuto riprodurre gli effetti tossici dell'istamina.

L'*acido ossalico* è stato anch'esso imputato quale responsabile delle crisi d'asma (Loeper e Béchamp), per il fatto che abitualmente trovasi in quantità superiore alla norma nel sangue, nell'orina e nell'espettorato degli asmatici. L'affinità dell'acido ossalico per i sali di Ca spiegherebbe anche, secondo simili vedute, l'azione benefica di esso nell'asma.

Faccio grazia di tutte le parole spese a favore dell'*acido urico* quale produttore di intossicazione asmogena; ciò non ha niente in comune — va notato — coi concetti diatesici (diatesi artritica) sostenuti specialmente dai francesi, e che hanno una certa base nelle osservazioni cliniche, soprattutto per quanto riguarda il terreno, per lo più ereditario, sul quale suole impiantarsi l'asma.

Pallide segnalazioni etiologiche tutte quelle fin qui riferite, che non assurgono al di là di tentativi individuali di generalizzazione pur pretendendo sempre all'onore di spiegazione causale dall'intima essenza di questa malattia.

In simile brancolante ricerca della verità etiologica si è aperto in questi ultimissimi anni ai ricercatori un nuovo campo: è la dottrina dell'*anafilassi,* che una coorte serrata di esperienze, di osservazioni e di deduzioni hanno cercato di applicare alla spiegazione etiopatogenetica dell'asma bronchiale.

Perchè ciò che segue sia più chiaro e possa es-

(1) GRANT, DUNDES. — *The Practitioner,* 1913, 90, 914.
(2) ABBOTT W. J. — *Am. Jour. otol. rhin. and laring.,* 1914, 33, 83.
(3) GOTTLIEB. — *New-York med. Jour.,* 1917, 106, 313.
(4) BONNIER. — *Arch. gén. de méd.,* 91, 197.
(5) MATTHEWS. — *Med. Rec.,* 1914, 84, 507.
(6) DAVIES. — *Jour. Am. Med. Ass.,* 1914, 62, 1006.
(7) HARE. — *British Med. Jour.,* 1911, 2, 1442.
(8) BABCOCK. — *Joru. Am. Med. Ass.* 1915, 64, 2115.

(9) *Gazzetta Ospedali e Cliniche,* 1915, 36, 561

sere esposto più sinteticamente, mi sembra prezzo dell'opera, prima di procedere oltre, riassumere e fissare brevemente il *concetto di anafilassi.*

Le più antiche osservazioni di fenomeni anafilattici sono dovute a Magendie che nel 1839 descrisse la morte dei cani sottoposti a ripetute iniezioni di albume d'uovo. Nel 1902 Richet mise in evidenza che questo fenomeno era dovuto ad una ipersensibilità verso le proteine, e lo chiamò col nome di anafilassi.

Perchè dunque si produca l'anafilassi occorre che il soggetto, uomo od animale, sia *sensibilizzato.* Questa sensibilizzazione può essere attiva o passiva (cioè trasmessa col sangue da un animale all'altro). Iniettando un animale con una determinata sostanza (generalmente una proteina) questa stimola la *immediata* produzione *attiva* di anticorpi, specifici per la proteina provocatrice. Dopo un certo periodo di tempo (incubazione) la quantità di anticorpi prodotta è tale, che una nuova iniezione di questa proteina può provocare una serie di disturbi, soprattutto circolatori, respiratori e secretori, che vanno col nome di shock anafilattico e possono terminare colla morte.

Cooke (10) illustra le *modalità della sensibilizzazione e dell'anafilassi,* con l'esposizione pratica e semplice delle varie contigenze, sotto cui può manifestarsi, e cioè:

I. Se noi iniettiamo nelle cavie 1 cc. di siero di cavallo, non segue alcun sintomo: ciò dimostra che il siero di cavallo non è tossico.

II. Se iniettiamo 0.01 cc. di siero e il giorno dopo ne introduciamo 1 cc. non assistiamo egualmente a nessun sintomo.

III. Se iniettiamo 0.01 cc. di siero e lasciamo passare un intervallo di 10-15 giorni e quindi ne iniettiamo ancora 1 cc., assistiamo immediatamente allo shock anafilattico, seguito da morte. Ciò dimostra che l'animale è stato sensibilizzato, e nei 10-15 giorni si è avuta l'incubazione per la formazione degli anticorpi.

Se invece di lasciare passare pochi giorni fra le due iniezioni lasciamo trascorrere molti mesi, la shock anafilattico si manifesta egualmente, ciò che dimostra che un animale una volta sensibilizzato resta tale.

IV. Se facciamo per dieci giorni consecutivi un'iniezione di 0.01 di siero, e all'undicesimo di 1 cc. non si ha anafilassi: l'animale è stato immunizzato; ma se noi lasciamo stare, dopo i 10 giorni, quest'animale per un certo lasso di tempo, e poi gli facciamo l'iniezione di 1 cc. vediamo scoppiare lo shock: ciò dimostra che l'animale, dapprima immunizzato, e ridiventato sensibile.

V. Se iniettiamo un animale con 0.01 di siero, in modo da sensibilizzarlo, lasciamo quindi passare un certo periodo di tempo, e poscia iniettiamo una nuova dose di siero, piccolissima, non letale, possiamo dopo questa dose iniettarne una letale senza avere la morte: questo chiamasi antianafilassi o dissensibilizzazione.

Ciò si spiega ammettendo che alla iniezione di un antigene (siero) segue lo formazione corrispondente di anticorpi, i quali si legano a certe determinate cellule, quando sono in piccola quantità, ma rimangono liberi nel sangue quando sono in quantità maggiore. Ora lo shock anafilattico è dovuto dalla immediata unione della nuova dose di antigene cogli anticorpi preformati e legati alla cellula: se noi abbiamo provocato anticorpi in eccesso, e quindi liberi, questi si uniscono coll'antigene, e proteggono gli anticorpi legati alle cellule, impedendo di conseguenza l'anafilassi.

Ora questi fenomeni veduti nella cavia possono integralmente applicarsi all'uomo, colla sola differenza che nell'uomo la perdita della sensibilizzazione è più facile. Molte malattie oggi rientrano più o meno bene nel gruppo dell'anafilassi (l'asma bronchiale, la febbre da fieno, l'edema angioneurotico, le gastroenteriti acute, certe artropatie, l'epilessia ecc.). In altri termini se gli anticorpi sono legati alle cellule muscolari liscie ed alla mucosa dei bronchi, lo scatenarsi dell'anafilassi dà l'asma; se sono legati alle cellule della mucosa degli occhi, del naso e della gola si ha la febbre da fieno; se sono legati alle cellule della pelle si ha l'orticaria; se alle cellule connettivali l'edema angioneurotico, se alle fibre muscolari e alla mucosa dell'intestino l'enterite acuta ecc. (Cooke).

Fu il primo Meltzer (11) ad emettere l'ipotesi che l'asma bronchiale fosse una *manifestazione clinica dell'anafilassi.* Gli asmatici sarebbero individui sensibilizzati a certe proteine eterogenee che, quando poi ad un tal momento vengano o respirate o ingerite, producono lo scatenarsi dello shock anafilattico.

All'idea che l'asma sia una estrinsecazione anafilattica si è stati analogicamente portati dall'aver osservato negli animali sperimentalmente sottoposti ad anafilassi, fra i fenomeni culminanti dello stato anafilattico, alterazioni nel dominio dei muscoli bronchiali, che riconducono assai vicino al quadro dell'accesso asmatico quale si osserva nell'uomo.

Negli animali anafilattizzati la morte infatti spesso avviene per asfissia consecutiva a contrazione spastica dei muscoli lisci dei bronchi.

Ma oltre questo fatto fondamentale le *rassomiglianze* vanno molto più in là.

È stato dimostrato, come vedremo presto più

(10) COOKE R. A. — *Medic. Clinics of North Am.,* 1917, 3, 721.

(11) MELTZER. — *Jour. Am. Med. Ass.,* 1910, 55, 1021.

diffusamente, che iniettando un asmatico con piccole quantità di quella sostanza, verso la quale è sensibile, egli rapidamente viene preso dall'accesso. Dapprima egli ha solo difficoltà nell'espirazione e più tardi, quando i polmoni si sovradistendono, anche nell'inspirazione. Esaminando allora l'infermo coi Raggi X, si vedono i polmoni immobili e il diaframma abbassato. Inoltre, sempre durante l'accesso, il contenuto di Co^2 dell'aria alveolare si trova diminuito, mentre è normale quello del sangue circolante. Facendo a questo punto un'iniezione di adrenalina si assiste quasi immediatamente alla ripresa dei moti polmonari e diaframmatici ed al graduale ritorno al livello normale di Co^2 nell'aria alveolare. Tutti questi dati si ritrovano pure a formare la base dello stato anafilattico.

L'accesso asmatico e lo shock anafilattico vengono così a rassomigliarsi, in quanto che entrambi sono dovuti a proteine estranee, e consistono in un turbamento del respiro: e dal punto di vista patologico la loro parentela è rivelata dall'avere in comune la sovradistensione polmonare, e mentre negli animali anafilatizzati essa è dimostrata direttamente dipendere da stenosi bronchiale, negli individui asmatici la si può in via analogica dedurre dallo studio del contenuto in Co^2 dell'aria alveolare. Inoltre entrambi gli stadi sono migliorati dall'adrenalina (Walker) e tanto lo shock anafilattico non mortale quanto l'accesso asmatico sono beneficati da alcuni medicamenti. Così l'atropina, che benefica l'asma, è capace, a forti dosi, di impedire che le cavie muoiano per anafilassi (Biedl e Kraus); i sali di calcio, adoperati da Kayser nell'asma bronchiale, hanno proprietà antianafilattiche (Richet) e diminuiscono o prevengono gli accidenti delle malattie di siero (Netter, Gervin).

Altro argomento analogico è portato da Widal e suoi collaboratori (12) collo studio della crisi emoclasica iniziale (leucopenia, abbassamento della pressione sanguigna, disturbo della coagulazione e diminuzione dell'indice refrattometrico del siero) che è comune all'accesso d'asma ed allo shock anafilattico.

Altre prove di questa identità sono le seguenti:

a) l'intossicazione provocatrice d'asma può essere minima; le iniezioni scatenatrici di anafilassi possono essere infinitesimali (fino a 0,00001 cmc. secondo Rosenau e Anderson);

b) la specificità di alcune sostanze, che possono *sempre*, in un soggetto, provocare l'asma, e la specificità fondamentale dei fenomeni anafilattici;

c) l'accompagnarsi dell'accesso asmatico con dispnea e bradipnea e con distensione polmonare, che ricordano perfettamente quelle osservate nell'anafilassi;

d) la secrezione bronchiale acuta che accompagna l'accesso asmatico (e corrisponde al catarro oculo-nasale dell'asma da fieno) rientra nella categoria dei disturbi vasomotori e secretori, che sono noti fra i sintomi dell'attacco anafilattico;

e) l'accesso asmatico può iniziarsi e terminare con vomito: ora Richet adotta appunto il vomito come criterio dell'anafilassi, almeno nei cani;

f) l'associazione frequente dell'asma con l'orticaria, l'eczema, e l'edema angioneurotico la cui natura è oggi ammessa di indole anafilattica, tanto che Duclos ha chiamato l'asma *un'orticaria dei bronchi;*

g) l'eosinofilia, che è costante non solo negli sputi e nel sangue degli asmatici, ma fu trovata istologicamente nella loro parete bronchiale da Fränkel, è appunto un segno attribuito anche allo shock anafilattico, dove, sperimentalmente, è stato trovato da Schlecht e Schwenker (dell'eosinofilia mi occupo anche altrove);

h) tanto l'accesso asmatico quanto lo shock anafilattico insorgono improvvisamente: ed entrambi invecchiano, per usare l'espressione di Lasègue, col tempo.

Entrati in quest'ordine di idee, gli studi relativi si sono rapidamente moltiplicati negli ultimi anni, allo scopo di ricercare e dimostrare le varie proteine capaci di produrre anafilatticamente, il fenomeno dell'asma bronchiale. Tanto che Rackemann (13), ha potuto scrivere l'anno scorso (1918) che « la diagnosi di asma bronchiale è solo il primo passo nella diagnosi della causa assoluta che produce le sofferenze di quel determinato paziente ».

Così dunque dopo l'idea lanciata da Meltzer nel 1910 si sono venuti raccogliendo gli *elementi per inquadrare definitivamente l'asma nel campo dell'anafilassi.* Scorrendo però attentamente la letteratura si vede come la ricerca di questi dati rimase dapprima per lungo tempo sporadica, coi lavori di Béal (14), Billard (15), Philippart (16), Barach (17), Manoiloff (18). Quest'ultimo autore però ottenne sindromi anafilattiche in cavie, alle quali aveva iniettato siero di asmatici, facendo loro una se-

(12) WIDAL, LERMOYEZ, etc. — *Presse méd.*, 1914, 54, 525.

(13) RACKEMANN F. M. — *The Arch. of int. Med.*, 1918, 4, 517.
(14) BÉAL, V. — *Thèse de Paris*, 1910.
(15) BILLARD G. — *The Lancet*, 1910.
(16) PHILIPPART. — *Arch. méd. belges*, XXVII, 1911.
(17) BARACH J. H. — *New-York med. Journ.*, 21 gennaio 1911.
(18) MANOILOFF E. — *Centralbl. f. Bakter.*, Bd. LXIII, 7, 1912.

conda iniezione con una soluzione di cristalli di Charcot-Leyden mentre vide rimanere indifferenti di fronte ad essa le cavie sensibilizzate con sangue umano normale.

Landouzy (19) ha sostenuto che l'asma è funzione di bacillosi e l'accesso una *scarica anafilattica tubercolinica.*

Sulla patogenesi tubercolinica dell'asma hanno scritto Laroche, Jacobson, Gougerot, con esperimenti positivi sugli animali e sull'uomo, Manoiloff, Percepied, Bartolotti (20), Berkhart.

Ma questo tenue filo di pensiero e di ricerca non è divenuto robusto e imponente se non in questi ultimi anni, soprattutto per opera degli americani Walker e collaboratori (21), Schloss (22), Frost (23), Muhsam e Jacobson (24), Smith (25), Rackemann (26), Cooke (27), Goodale, Talbot i quali hanno dimostrato l'azione sensibilizzatrice in primo tempo e scatenatrice in secondo di alcune *proteine eterogenee*, che sembrerebbero la causa fondamentale dell'asma.

Di tutti questi lavori pubblicati in America forse i più brillanti e i più completi sino quelli di J. Chandler Walker, che ha scritto in due anni circa 20 memorie originali sull'argomento (28).

Le *proteine* le quali, negli individui specificamente sensibilizzati, agirebbero come scatenatrici dell'accesso asmatico (shock anafilattico) possono arrivare all'organismo per tre vie: *inalazione, ingestione* e *infezione*.

Esse appartengono ai *peli*, alla *forfora* ed alle *escoriazioni degli animali*, alle *piume degli uccelli*, alla *lana*, al *polline*, alle *farine vegetali*, agli *alimenti* (uova, carni, pesci, pane, ecc.) e ai *batteri*.

Si può dimostrare, caso per caso, verso quale o quali proteine l'asmatico è sensibilizzato.

I vari ricercatori hanno ricorso per questo scopo alla *cutireazione* (Walker), alla *intradermoreazione* (Rackemann, Cooke) ed all'*oftalmoreazione*, tutte reazioni immunitarie che non rappresentano altro che circoscritte anafilassi locali.

La *cutireazione* si esegue mediante piccoli tagli di 2–3 mill. sulla superficie anteriore dell'avambraccio fatti senza dar luogo a fuoriuscita di sangue; su ciascun taglio (lasciandone uno libero per controllo) viene posta una determinata proteina facendovi poi cadere, per favorirne la soluzione e l'assorbimento, una goccia di sol. $\frac{N}{10}$ di soda. Dopo ½ ora si lava e si esamina. La reazione positiva è data dalla formazione da un sollevamento biancastro o da una chiazza d'orticaria (che deve misurare almeno 0.5 cm. in diametro, altrimenti la reazione è dubbia).

In tal maniera, si determina, dalla positività della reazione, verso quale delle proteine saggiate l'individuo è sensibile.

Walker usa come materiale da cutireazione soluzione di albumina d'uovo cruda, farine, ecc., estratti alcoolici al 12% di peli d'animali o di polline, deboli soluzioni alcaline di batteri uccisi ecc. Della tecnica di preparazioni di queste proteine si sono occupati anche Wodehouse e Olmsted (29).

La *intradermoreazione* non differisce dalla precedente che per la inoculazione diretta nel derma delle varie soluzioni di proteine. Rackemann suol fare per ciò soluzioni di 0.9% di cloruro sodico e 0.5 % di acido fenico e discioglierVi poi una determinata proteina, in tale proporzione sicchè ciascuna soluzione contenga in ultimo 0.02 milligr. di azoto totale proteico per ogni centimetro cubico. La soluzioni così titolate permettono bene confronti fra loro. I sieri animali vengono diluiti all'1%. La tipica reazione positiva consiste in una chiazza d'orticaria che compare dopo 5 minuti e raggiunge in un quarto d'ora 12–20 mm. e più di diametro, ben definita, con bordo più scuro e con caratteristiche espansioni a mo' di pseudopodi.

L'*oftalmoreazione*, che si fa instillando nel sacco congiuntivale le stesse sostanze; è positiva quando produce iperemia corneale e congiuntivale, con edema e lacrimazione dell'occhio instillato.

Certo, per questo scopo, il *numero di saggi* che si dovrebbe fare sarebbe assai grande, per essere sicuri di aver bene assodato la proteina o le proteine, verso le quali l'asmatico in esame è sensibilizzato.

(19) LANDOUZY. — *Presse med.*, 1912, 88, 892.
(20) BARTOLOTTI. — *Folia medica*, 1916, 457-506.
(21) WALKER I. C. — *Boston med. and. surg. Journ.* 1918, 179, 288 — *Journ. Am. med. Ass.*, 1917, LXIX, 5, 363.
(22) SCHLOSS O. M. — *Am. Jour. Dis. Child.*, 1912, 14, 341.
(23) FROST L. C. — *Med. Rec.*, 1915, 88, 483.
(24) MUHSAM e JACOBSON. — *Deutsche med. Woch.*, 1914, 40, 1067.
(25) SMITH H. R. — *The Arch. of. Int. Med.*, 1909, 3, 350.
(26) RACKEMANN F. M. — l. c.
(27) COOKE R. A. — l. c.
(28) WALKER J. C. — *The Arch. of int. Med.*, XXII, 4 ott. 1918 (riporta la bibliografia delle prime XVIII memorie); *Med. Clin. of North. Amer.*, 1918, 1, n. 4; *The Arch. of int. Med.*, XXIII, 2 febbraio 1919.

(29) WODEHOUSE R. P. — *Boston med. and. surg. Journ.*, 1916, 6, 195; *Journ. of Immun.*, aprile 1917, 3, 227; *Am. Journ. of Bot.*, luglio 1917, 417;
WODEHOUSE R. P. e OLMSTED J. — *Boston med. and surg. Journ.*, marzo 1917, 13, 467; id., luglio 1917, 3, 85.

Vedremo più sotto come sianvi criteri discriminativi, che possono essere preliminarmente ricavati al fine di dirigersi verso uno più che verso un altro gruppo di proteine. Praticamente, secondo Walker, un numero illimitato di saggi non è necessario giacchè le gran maggioranze degli asmatici sono sensibili, in ordine di frequenza, alle proteine della forfora di cavallo, dello stafilococco piogeno-aureo, del frumento e delle altre farine vegetali, del polline, dello stafilococco piogeno albo, dei peli di gatto, delle uova, cui seguono a notevole distanza, le proteine del latte, delle piume, della carne di pollo e di manzo, delle patate e della lana.

D'altro canto, come dicemmo innanzi, è stato bene assodato che sovente uno stesso individuo è sensibilizzato (e quindi è debitore del suo asma) verso *proteine multiple*, anche non in correlazione fra loro. Così individui che reagiscono positivamente ai saggi cutanei colla forfora di cavallo, reagiscono spesso anche alle proteine dei peli dei cani e dei gatti; e sonvi pazienti sensibilizzati verso la forfora e verso il siero del cavallo (30), e infine quelli che appaiono in vario grado sensibili alle diverse proteine di una stessa specie animale (carne, latte, siero, peli ecc.).

Secondo Walker ed altri una cutireazione negativa porta ad escludere senz'altro quella data proteina come causa dell'asma. Frequentemente d'altronde ci s'incontra con individui i quali reagiscono positivamente ad una proteina, senza che questa sia l'origine del loro shock anafilattico asmatico; in questi casi siffatta proteina va egualmente allontanata dall'individuo come sospetta di essere stata o di dover divenire causa di sensibilizzazione anafilattica.

In questa laboriosa *ricerca della causa della sensibilizzazione anafilattica* molto guida la *storia della malattia*, che è come la pietra fondamentale, avendo dimostrato l'esperienza, ciò che del resto era intuitivo, che mano a mano che l'individuo, dopo la nascita è venuto a contatto colle varie proteine del mondo esterno, esse hanno potuto nuocergli. A questo riguardo Walker stabilisce dei precetti fondamentali di un certo interesse, sebbene non infallibili.

L'*inizio dell'asma* durante il primo anno di vita porta a sospettare il latte come causa dell'anafilassi. L'inizio durante il secondo anno è per lo più dovuto alle uova, alle farine del frumento e dei cereali (31), frequentemente ai batteri, e più di rado ad altre cause: fra 2 e 12 anni l'importanza degli alimenti decresce, e gradualmente subentra quella dei batteri, colle infezioni acute della fanciullezza (tosse convulsa, prolungati raffreddori, che portano alla bronchite e da questa all'asma). Durante questo periodo anche l'esposizione agli animali e l'inalazione di polline ha importanza. Fra 12 e 40 anni l'importanza delle proteine batteriche è massima, quella degli animali e delle piante anche grande: fra gli animali predominano le emanazioni dei cavalli e dei gatti. Delle piante hanno valore quelle che producono polline nell'estate, quindi questo tipo di asma è estivo. Il polline dei papaveri è la causa dell'asma che alcuni pazienti hanno solo di giugno e luglio; e quello delle *Ambrosiae* (*A. elatior, trifida*) e della *Solidago canadensis* è la principale causa di quel tipo di asma che insorge dallametà d'agosto ai primi freddi. Il polline di piantea lunga fioritura (margherite) può produrre quei lunghi accessi di asma che vanno da luglio ad ottobre. Le forme invernali di asma sono per lo più dovute a batteri, che si appalesano dando la bronchite concomitante.

Oltre i 40 anni, le proteine che producono l'asma sono quelle batteriche; in quest'epoca della vita hanno importanza anche le malattie del cuore e dei reni.

Delle *professioni*, hanno valore quella di fornaio, che espone ad inalazione di farine, e di stalliere, che mette a contatto coi cavalli.

Così dall'*anamnesi* si può essere, come accennavo, indirizzati verso uno piuttosto che un altro gruppo di proteine. Walker non ha trovato mai la cutireazione positiva alle proteine (eccetto quelle batteriche) negli individui divenuti asmatici oltre il 40° anno di età ed in una metà dei pazienti sensibilizzati, l'asma era precedente al 20° anno di vita; viceversa dei non sensibilizzati nel 40 % gli ac-

(30) Questa sensibilizzazione verso i sieri ha una grande importanza per l'applicazione della sieroterapia, potendo alcune volte delle iniezioni di siero, per es. antipneumococcico, produrre anafilassi anche mortale. È quindi prudente di saggiare questi infermi colla cutireazione e, se positiva, vaccinarli contro l'anafilassi con piccole dosi progressive.

(31) L'associazione, in questa età, di asma ed eczema, fa riportare le due malattie per lo più alle stesse cause alimentari, con lo stesso meccanismo. Sull'associazione dell'asma coll'eczema è stato lungamente scritto (Walker, Abt, ecc.). Molti clinici, con a capo Czerny, hanno fatto una entità morbosa sotto il nome di « diatesi essudativa », connettendovi, sulle basi di osservazioni, la frequente associazione dell'asma coll'eczema e l'orticaria.

Czerny definisce la diatesi essudativa come un disturbo chimico determinato da minore tolleranza verso i grassi, e la paragona clinicamente alla rosalia. Come in questa malattia essa dà un esantema ed un enantema; nella diatesi essudativa l'esantema è rappresentato dall'eczema e l'enantema dai disturbi della mucosa respiratoria: quando questi si svolgono su soggetti ipersensibili o neuropatici, si hanno gli attacchi d'asma. La diatesi essudativa sarebbe manifestazione d'anafilassi.

cessi di asma erano venuti dopo il 40° anno, e solo nel 15% prima del 20° anno; in base a questi dati, egli fissa il seguente *schema:*

Asma bronchiale

- Anafilattico (= dovuto a proteine)
  - Asma che dura tutto l'anno — dovuto a: 1) animali; 2) alimenti; 3) batteri.
  - Asma che dura una stagione — dovuto al polline.
- Non anafilattico (= non dovuto a proteine)
  - Asma che dura tutto l'anno — dovuto a batteri.
  - Asma che dura una stagione — dovuto a batteri.

Cooke classifica i casi di asma come appresso:

I. Asma specifica, cioè dovuto ad anafilassi. Le proteine estranee arrivano:

1). Dal tratto respiratorio:

a) prodotti emanati da animali (forfora ecc.);

b) prodotti emanati da vegetali (polline).

2). Dal tratto digerente (alimenti).

3) Da focolai infettivi autoctoni (batteri).

4) Per iniezioni di sieri o vaccini.

II. Asma non specifico, ovvero di natura anafilattica non dimostrabile.

In un recentissimo studio portato su 150 casi Rackemann, distingue due forme di asma bronchiale: estrinseco o dovuto a proteine estranee, ed intrinseco o dipendente da cause che l'organismo ha con sè e porta con sè, indipendentemente da ragioni d'ambiente. Se non che quando questo autore va ad inquadrare i suoi casi in questi due grandi gruppi, incontra difficoltà insormontabili: se gli riesce relativamente facile includere nel primo (asma estrinseco) le asme da polline, da emanazioni di cavalli e da alimenti (non ha mai trovato soggetti sensibili a polveri, profumi ecc.), trova poi difficilissimo bene classificare le forme appartenenti al secondo gruppo (asma intrinseco) ed allora è costretto a fare una lunga serie di categorie, senza alcun nesso: da cause gastrointestinali bronchiti acute, stagione invernale (Winter asthma). bronchite cronica con enfisema, tubercolosi, naso e denti, narcosi eterea, cause nervose, miscellanea, inclassificate ecc. Non occorre commentare l'irrealità e il nessun significato di queste distinzioni, a volte finanche puerili.

In una lezione clinica sull'asma dei fanciulli, Abt (32) riferisce di aver visto spesso, in clientela privata e in ospedale, dei bambini nei quali l'accesso d'asma insorgeva immediatamente dopo la ingestione di albume d'uovo, anche se in quantità minime e dissimulato nelle varie specie di alimenti cotti o crudi.

Ma a prescindere dalle esagerazioni e per lo meno dalle generalizzazioni eccessive, un nucleo suggestivo sembra racchiudersi in questa moderna concezione anafilattica dell'asma.

Certo è che quando anche fosse in maniera assoluta dimostrato che la sensibilizzazione alle varie proteine eterogenee, concepita nel modo schematico e preciso di Walker e di altri autori, si potesse accettare senz'altro come la *causa diretta* dell'asma bronchiale, noi alla fine avremmo fatto un passo più avanti nella conoscenza di questa malattia, ma non avremmo peranco risolto il vero *problema etiologico*.

Secondo Talbot perchè si produca la sensibilizzazione verso queste proteine è necessario, almeno nella maggioranza dei casi, una lesione della mucosa delle vie digerenti, ciò che è specialmente facile avvenga nell'infanzia. Abt ammette che ad alcune proteine sensibilizzanti sia dato di attraversare anche la mucosa integra.

Ma rimane sempre a domandarsi: perchè solo alcuni individui sono sensibilizzati verso queste proteine, pur tanto sparse nel mondo, e che vengono a contatto con tutti i viventi? Perchè, nel caso specifico, il polline di una margherita o la forfora di un gatto, l'albumina dell'uovo o la proteina di uno stafilococco sono antigeni così nettamente energici per alcuni e non arrecano verun danno all'infinita maggioranza degli esseri, coi quali vengono continuamente e largamente in eguale contatto?

Il problema, così importato, non essendo giustiziabile di soluzione diretta, si è cercato di risolverlo indirettamente. E si è andati alla ricerca di uno e di più *caratteri fisiopatologici*, comuni a tutti gli asmatici, che valessero almeno a fornire o la spiegazione scientifica o la prova di fatto del loro stato anafilattico.

Diciamo subito che questa nota comune non si è trovata.

La *eredità* della sensibilizzazione proteinica negli asmatici (sotto forma di asma, febbre da fieno, violente intossicazioni alimentari, ecc.) è stata trovata in forte percentuale (48,4% Cooke, 58,7 Rackelmann); ma riguarda sempre appena la metà dei casi, e dei casi sensibilizzati. Quindi non è quello il dato comune cui potersi appoggiare.

Degli stati organici d'altronde l'unico che può venire in questione, come sintomo comune del peculiare stato è l'*eosinofilia*. È stato infatti sperimentalmente dimostrato (Stäubli) (33), che le proteine eterogenee sono eosinotattiche, mentre

(32) ABT ISAAC A. — *Med. Clinics of North America*, marzo 1918, p. 1425.

(33) STAUBLI. — *Trichiniasis.* J. Bergmann, Wiesbaden, 1909.

i batteri agiscono come ripulsori delle cellule eosinofile. L'eosinofilia infatti può essere provocata coll'iniezione di proteine eterogenee (Stäubli (34), Proescher (35)), come pure segue alle iniezioni di siero antidifterico (Schlecht) (36), e, quando queste siano fatte in un individuo sensibilizzato, si manifesta dapprima localmente al punto della iniezione, e poi in tutto il sangue (Schlecht e Schwenker) (37).

Ma a prescindere dal fatto che l'eosinofilia non è poi così specifica e costante negli asmatici come dovrebbe essere per elevarla almeno a prove della sensibilizzazione, è assodato (Rackemann) che l'eosinofilia, la quale, così concepita, dovrebbe accompagnarsi soprattutto colla forma di asma estrinseco (cioè da proteine eterogenee) manca proprio in questi casi.

In un esteso studio sulla *flora batterica dello sputo* degli asmatici, Koessler e Moody (38) hanno trovato, oltre i comuni germi aerobi, degli anaerobi, che essi classificano in 3 specie principali: I. un bacillo fusiforme gramnegativo, che produce odore putrefattivo nelle colture; II. un piccolo bacillo gramnegativo, che produce caratteristiche colonie oscure sull'agar-sangue; III. un piccolissimo streptococco. Questi 3 germi vivono in una specie di simbrosi. Walker (*v. s.*) ha insistito sul suo germe difteroide. Ma la batteriologica dell'asma, in senso assoluto, non ha detta nessuna parola conclusiva.

Nè l'investigazione si è arrestata al campo serologico, batteriologico od ematologico: anche le intime *modificazioni biochimiche* sono state recentemente indagate. Pur essendovi ricerche sul ricambio nelle varie forme di dispnea, erano scarsissimi gli studi diretti sul *metabolismo* degli asmatici. Zugsmith e Kahn (39) si sono occupati di questo argomento. Il metabolismo degli asmatici può essere considerato sotto vari angoli di luce: o in quanto l'agente etiologico dell'asma (anafilassi, per es.) produce delle alterazioni biochimiche, le quali conducono in ultima analisi all'accesso, o perchè la sindrome asmatica altera di per sè il ricambio materiale dell'infermo, privando per es. il sangue d'ossigeno o attaccando il sistema nervoso, circolatorio ecc.

(34) STAUBLI C. — *Erg. der inn. Med. u. Kindesheilk.*, 1910, 6, 193.
(35) PROESCHER. — *Folia Haemat.*, 1905, 2, 543.
(36) SCHLECHT H. — *Deutsche Archiv. f. inn. Med.*, 1912, 98, 327.
(37) SCHLECHT und SCHWENKER. — *Deut. arch. f. inn. Med.*, 1912, 108, 405.
(38) V. *Medical Clinics of North America*, marzo 1918, 1428.
(39) ZUGSMITH E. e KAHN M. — *Arch. of int. Med.*, XXII, 4 aprile 1918.

Dalle ricerche di Zugsmith e Kahn sembra risultare che gli asmatici sono soggetti ad uno stato di subossidazione dei tessuti, ma non può essere stabilito se ciò dipende dall'alterata funzione dei polmoni o se invece questa subossidazione è la causa stessa della malattia, dovendo quindi considerarsi come il movente etiologico che porta allo spasmo bronchiale. Questa mancata ossidazione è dimostrata da un aumento nelle orine della frazione di solfo neutro, che è appunto costituito dai vari derivati solforei non ossidati, quali taurina, acido taurocarbonico, cistina, solfocianati, solfuri volatili ecc. Ciò coincide colle ricerche di altri autori sugli animali dispnoici.

Anche l'escrezione della creatinina sarebbe diminuita, indicando pure essa una scarsa ossidazione dei tessuti, secondo le idee di Folin ed altri che ritengono l'escrezione della creatinina dipendere dal catabolismo endogeno del corpo umano.

Quanto all'*intimo meccanismo patogenetico* dell'accesso asmatico, poco di nuovo è stato detto. Già si sapeva che esso è la conseguenza, secondo concezioni eclettiche, di un disturbo secretorio e motorio dei bronchi spiegato in diverso modo, a seconda delle varie teorie. Così — ed è questa la parte più importante da mettere in luce — nel concetto anafilattico si ammette che gli anticorpi, cui si legherebbe l'antigene nello scatenare lo skock che si traduce come accesso, si trovino elettivamente nelle pareti bronchiali, ragione per la quale nasce il quadro dell'asma.

Jackson (40) ha distinto due tipi di *asma sperimentale:* 1) dovuta a stimolazioni dei muscoli broncocostruttori; 2) dovuta a stimolazioni dei nervi che vanno a questi muscoli.

Al fattore *secretorio* si attribuisce molto minore importanza che non si dia a quello *motorio*: i muscoli costrittori e dilatori dei bronchi sono stati chiamati in causa direttamente, o con l'intermediano dei nervi.

Ma qualunque siane il *primum movens*, l'accesso asmatico oggi si concepisce con largo consenso come dipendente nel suo *meccanismo ultimo* o da un'eccitazione dei centri vagali respiratori, con uno spasmo della muscolatura liscia costrittrice dei bronchi, o da una paresi del simpatico broncodilatore: giuoco antagonistico del vago e del simpatico. « Smorzare » il vaso eccitato o stimolare il simpatico indebolito, ecco le due armi colle quali la terapia ha cercato di intervenire nel conflitto. E trattando della terapia avrò occasione di ritornare su queste disfunzioni vagale e simpatica.

(Continua)

(40). JACKSON. — *Journ. lab. and Clin. med.*, 1915, 1, 126.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

La pratica importanza delle vitamine.

(F. G. HOPKINS. *The Brit. Med. Journ.*, 26 apr. 919).

L'esperienza aveva già dimostrato che non basta, per una conveniente alimentazione, una quantità sufficiente di cibo, ma che è necessario variarne la qualità e usarne allo stato fresco. Fino a poco tempo fa si credeva che nelle albumine, nei grassi, negli idrati di carbonio, nei sali; si riassumessero i punti fondamentali dell'alimentazione umana.

Ma le ultime ricerche hanno dimostrato che, oltre alle sostanze nominate, per il mantenimento della vita, è necessario che i cibi contengano altri elementi, che hanno grande importanza, pur essendo contenute in minima proporzione nei cibi, sì che il loro valore deve essere considerato al di fuori di quello nutritivo.

Valga un esempio prima di dare ulteriori dettagli; in alcune popolazioni dell'oriente che si nutrono quasi esclusivamente di riso, il Giappone, la Penisola Malese, le Indie olandesi, le Filippine, erano colpite da una grave malattia endemica, il beri-beri. Invano fu ricercata la causa di questa malattia in un agente morboso con ogni mezzo di bacteriologia; l'attenzione fu rivolta alla alimentazione, e nacque il sospetto che la causa risiedesse nell'uso di riso cattivo, inquinato da muffe o da altri microorganismi.

A poco a poco si fece strada l'idea che il riso fosse dannoso solo quando veniva ad essere privato di alcune sue parti essenziali.

I chicchi naturali del riso contengono una speciale parte necessaria al nostro organismo; ripulendolo essa è rimossa, sicchè il *riso brillato*, a differenza di quello intiero, è un alimento incompleto e determina una malattia da deficiente alimentazione, il beri-beri.

L'ipotesi acquistò consistenza quando furono introdotte moderne macchine di mondatura, che moltiplicarono i casi di beri-beri.

Sul principio non s'intravidero esattamente i rapporti, ma nel 1897 se ne ebbe la prova irrefutabile per opera del dottor olandese Eijkman.

La sua statistica riguarda 279,621 carcerati, che abitavano nelle Indie orientali prigioni, sottoposte alcune (37) a rifornimento di riso non mondato, altre (30) a quello di riso non mondato misto a riso mondato, altre infine (51) esclusivamente a quello di riso mondato. Delle prime solo in una prigione si ebbero casi di beri-beri; delle seconde solo in sei, nelle ultime il 36,70 % dei carcerati furono colpiti dal beri-beri. Su 10,000 persone un solo caso si ebbe tra coloro che mangiarono il riso intiero, 416 tra coloro che usavano dieta mista di riso intiero e mondato, 3900 tra coloro che usavano solo riso mondato. Ulteriori osservazioni hanno confermato i rilievi di Eijkman.

Quale parte del granello tanto importante veniva ad essere eliminato con la mondatura a macchina? non la mancanza del guscio poteva spiegare le conseguenze, poichè esso, per costume antico, veniva ad essere eliminato nei paesi orientali senza determinare conseguenze; ma la mancanza del piccolo straterello che esiste nella parte interna del guscio del seme, la membranella argentea, e del germe od embrione. In questo straterello già per sè così poco considerevole, rispetto al peso del granello, è contenuta in frazione minima la sostanza tanto necessaria all'organismo umano.

A questa cognizione nuova, prodotto di intuizione statistica, si aggiunsero resultati molto interessanti derivati dall'esperienza scientifica.

Quando si diceva che proteine, grassi, idrati di carbonio, sali erano gli elementi necessarî e sufficienti per l'alimentaziane umana, si soleva portare il frutto di esperienze fatte con cibi intieri e naturali di cui si determinava il contenuto percentuale di ciascuna sostanza.

Ma quando si vollero determinare gli effetti di determinate quantità di proteine, grassi, idrati di carbonio, sali, ottenuti tutti allo stato puro, si vide che essi non erano adatti alla normale nutrizione, e se giovani, gli animali erano disturbati nell'accrescimento, se adulti, presto o tardi dimagravano, pur essendo tali sostanze ben sopportate, regolarmente digerite, e somministrate in sufficiente quantità. Una aggiunta di latte p. es., all'alimento purificato evitava subito gli inconvenienti; da notare che il latte aggiunto era in così piccola quantità (3-4 % in peso delle sostanze ingerite), che ad esso si deve negare una vera funzione alimentare in questo caso. In verità *le sostanze alimentari pure* sono assorbite, e sprigionano l'energia contenuta a benefizio del corpo, ma viene a mancare *la coordinazione del metabolismo;* quando si aggiunge una *piccola quantità* di determinate sostanze, che sono contenute nei cibi naturali freschi ordinarî, il metabolismo ridiviene normale. *Le vitamine contenute in queste piccole quantità di materiale devono quindi essere considerate come stimolanti dei processi dinamici dei tessuti.*

Noi non conosciamo la natura di queste sostanze; non sappiamo isolarle; possiamo è vero estrarle, precipitarle, ridiscioglierle, ma non completamente separarle dalle altre sostanze; sì che ci riesce impossibile determinarne la natura chi-

mica. Dopo laboriose ricerche, si è riusciti ad identificarne almeno due specie: una è fatta di estratti acquosi di vegetali, di frumento, di riso, p. es.; l'altra di sostanze associate ad alcuni grassi. Se, per es. nella dieta artificiale di un animale si fornisce come grasso solo del burro o un altro grasso animale fino a che compaiono i segni di dimagramento o ne venga l'arresto nell'accrescimento, basterà somministrare un estratto acquoso di vegetali (*vitamine acqua-solubili B*) per correggere l'alterato metabolismo. Ma se invece di grasso animale, si dà grasso vegetale le sostanze acqua-solubili sono inefficaci, ed invece avranno il rapido effetto delle piccole quantità di grasso animale (*sostanze grasso-solubili A*).

Le sostanze grasso-solubili sono presenti in grande percentuale nel burro, in molti grassi animali, ma sono assenti o quasi nel lardo; esse sono anche assenti dai grassi vegetali, non perchè originariamente i vegetali non ne contengano, ma perchè esse si perdono durante tutte le operazioni di estrazione.

Sostanze acqua-solubili *B* sono contenute in alta proporzione nell'embrione di frumento, nella crusca, nel lievito, in quantità media nel guscio di frumento, nel tuorlo d'uovo, in piccola quantità nella carne magra, nel latte, nel cavolo, nelle patate; non contengono affatto vitamine acqua-solubili il burro, i grassi vegetali, l'endosperma del frumento.

Una delle caratteristiche del beri-beri è il disturbo nutritivo dei nervi, di cui l'esponente sono le paralisi. Gli uccelli, che sono assoggettati alla alimentazione esclusiva di riso mondato, e che presentano già le paralisi, guariscono in maniera tipica e costante aggiungendo sostanze contenenti vitamine acqua-solubili, sì che ci è dato di determinare, per mezzo di tali esperienze, il contenuto in vitamine « antineuritiche » delle varie sostanze; egualmente facile è prevenire l'insorgenza dei sintomi paralitici.

Più difficile diviene lo studio delle vitamine grasso-solubili, poichè con la privazione alimentare di esse, l'organismo animale possiede poteri di compensazione, e, quando esse sono assenti dalla dieta, l'organismo può mobilizzare, coll'attività dei tessuti, la supplenza dei propri grassi. Finchè la riserva corporea non è esaurita, l'esperienza fallisce. È tuttavia molto più difficile ottenere, per le variazioni individuali, resultati concordanti.

Il *rachitismo* è con ogni verosimiglianza malattia dovuta alla deficienza di vitamine grasso-solubili, secondo i resultati delle ricerche del dottor E. Mellanby. Egli è riuscito, nei cani, a determinare l'insorgenza dei sintomi della malattia; è facile prevenirla con l'aggiunta di alcuni determinati grassi, ricchi di vitamine, nella dieta, mentre senza effetto resta l'aggiunta di vegetali; altri fattori, come l'igiene deficiente, errori dietetici, possono contribuire. Il grasso più adatto a prevenire il rachitismo nei cani è l'olio di fegato di merluzzo.

Ed è nota da lungo tempo la favorevole influenza di tale grasso nel rachitismo dei bambini, azione stabilita in maniera sicura dall'esperienza degli empirici.

Da una statistica su 65 bambini di una comunità negra degli Stati Uniti, risulta che i bambini, assoggettati per lungo tempo all'olio di fegato, non divengono che eccezionalmente rachitici, mentre, nelle medesime condizioni di vita, senza l'olio di fegato la percentuale dei rachitici aumenta fino al 94 per cento.

Lo *scorbuto* sorge quando nell'alimentazione interviene una deficienza di indispensabili elementi nutritivi, per l'uso di sostanze alimentari conservate. Un'altra varietà di vitamine adunque esiste, che, a differenza delle due prime considerate, è instabile.

Mentre le grasso ed acqua solubili sono resistenti al calore e si conservano anche dopo lunga cottura dei cibi, le sostanze antiscorbutiche sono distrutte rapidamente con la cottura, o anche se i cibi sono seccati a basse temperature.

Forse la *pellegra*, che si trova tanto frequentemente nelle popolazioni che si nutrono di mais, deve rientrare nel novero delle malattie dovute a mancanza di particolari vitamine, di cui forse studi ulteriori serviranno a darci la chiave.

Gli accertamenti finora eseguiti hanno una importanza pratica non lieve, anche dal punto di vista nazionale. Durante la guerra, ma anche dopo di essa, l'alimentazione razionale del popolo, e specialmente dei bambini, costituisce un problema che non sempre è stato risoluto con piena conoscenza di tali nozioni. Non si è a sufficienza tenuto conto del valore in vitamine degli alimenti, e troppa importanza è stata attribuita piuttosto alla quantità degli alimenti.

La questione del pane deve essere riveduta: dal pane bruno si ritornerà al pane bianco; e sia pure, se il pane bianco è più gradito al gusto delle popolazioni. Ma non si dimenticherà che il frumento, ridotto a farina bianca, perde una parte almeno delle sue vitamine acqua-solubili, e che le popolazioni, o almeno le classi proletarie, che trovano nel pane l'elemento preponderante della loro alimentazione, passeranno lo stesso rischio di quelle popolazioni che si nutrono quasi esclusivamente di riso. Tale inconveniente potrà esser supplito fornendo alle popolazioni del buon burro, ricco di vitamine grasso-solubili, ricordandosi bene che il burro, per questo riguardo,

non può essere sostituito dalla margarina, quando essa sia fabbricata con elementi vegetali: la margarina, così ottenuta, non contiene vitamine.

Il nostro organismo non è capace di formare vitamine, ma esso deve prenderle o dalle piante, o dall'animale che le ha assimilate.

Ma i cibi possono perdere il loro valore in vitamine, se conservati o comunque confezionati non razionalmente; e disgraziatamente alcune classi, che si nutrono di carni conservate per esempio, fanno poco uso di vegetali allo stato naturale.

Se pure con alimentazioni non perfettamente razionali non si giunge al beri-beri, allo scorbuto, alla pellegra, si avranno accrescimento e stato di nutrizione deficienti che predispongono alle malattie e danno alte percentuali di mortalità. Ne è una esponente la rachitide che minaccia l'età infantile in tutte le nazioni. Gli studi iniziati non hanno portato ancora alla risoluzione di molti problemi; sarebbe però errore imperdonabile non tenere alcun conto dei fortunati resultati finora ottenuti.

t. p.

PEDIATRIA.

Il timo in pediatria.

(MURRAY B. GORDON. *Endocrinology*, ottobre-novembre 1918).

Il timo è esposto a tutte le infezioni ed alle condizioni della nutrizione generale dell'organismo: da queste cause ne risulta spesso una involuzione patologica. Nelle forme acute (pneumonite, nefrite acuta, malattie infettive, digiuno) l'organo ritorna poi alle condizioni normali, ciò che non accade nei disturbi cronici dai quali risulta sclerosi permanente. La sifilide ereditaria, la tubercolosi e la difterite provocano atrofia e degenerazione; le malattie respiratorie non tubercolari non influiscono sullo sviluppo del timo: questo durante le diverse malattie può diminuire di $^1/_5$–$^1/_6$ del suo peso normale.

La funzione del timo non è ancora ben chiarita: secondo alcuni esso va considerato come una ghiandola a secrezione interna a funzione analoga a quelle emopojetiche (milza, ghiandole linfatiche). Sajous ritiene che esso provveda di nucleina i tessuti che, nell'organismo infantile, ne richiedono un eccesso (sistema nervoso osseo, genitale, ecc.) e che abbia una parte importante nelle ossidazioni e nei processi di autoprotezione dell'organismo, nonchè nel metabolismo del fosforo; manca però qualsiasi prova da queste ipotesi.

Dagli esperimenti di Klose e Vogt, risulterebbe che l'estirpazione del timo nei cagnolini di pochi giorni è seguita dapprima da adiposità poi da cachessia, e diminuzione dell'intelligenza, fino all'idiozia e morte entro quattro mesi; negli individui giovani, si avrebbe rachitide, negli adulti osteoporosi ed osteomalacia. Tutto questo sarebbe da attribuirsi ad intossicazione acida; la funzione del timo sarebbe quella di neutralizzare la produzione eccessiva di acido nucleico e di presiedere al metabolismo del calcio. I risultati di questi sperimentatori sono stati però contraddetti ed addirittura attribuiti a cattive condizioni igieniche dei locali in cui tenevano gli animali da esperimento.

Altri autori, pure ammettendo che in qualche specie animale l'asportazione del timo determini arresto di sviluppo specialmente del sistema osseo, non possono attribuire al timo alcuna funzione determinata.

RELAZIONI FRA IL TIMO E LE ALTRE GHIANDOLE ENDOCRINE.

Da molti autori si ritiene dimostrata l'azione inibitoria del timo sulla tiroide, sui surreni, sulla milza, sul pancreas; spesso la tiroide è stata trovata grossa in neonati decessi per morte timica, per converso il timo è frequentemente ipertrofico nel gozzo esoftalmico, e Makenzie afferma che il reperto più evidente all'autopsia di individui affetti da tale malattia, è la persistenza o l'ipertrofia del timo.

Nella miastenia grave sarebbe frequente sebbene non costante l'ipertrofia od il tumore del timo; l'asportazione di questo avrebbe esito curativo. Tutte queste ipotesi ed osservazioni sono state contraddette da altri.

L'assenza o la deficiente attività del timo spesso produrrebbe disturbi mentali nei bambini; esso sarebbe assente nel 70 % dei bambini deficienti ed epilettici.

STATO TIMICO-LINFATICO.

Le autopsie di molti casi di morte improvvisa hanno dato come unico reperto patologico l'ipertrofia del timo, accompagnata o non da iperplasia del tessuto linfoide: si ammette quindi da molti che la causa della morte in tali casi sia da attribuirsi a compressione sulla trachea e sui grossi vasi.

Col dito introdotto dietro la forchetta sternale, si può sentire il timo, che segue i movimenti della trachea e della laringe, durante la tosse, la deglutizione, ecc.

Secondo Grawitz il timo si può incuneare per la parte superiore dello sterno e la colonna vertebrale in modo da comprimere la trachea a tal punto da cagionare la morte per soffocazione. Questo spazio viene chiamato spazio critico di

Grawitz: un' altro se ne trova all' incrocio della trachea con l'A. innominata. Herrich però osserva che i sintomi respiratorî sono probabilmente prodotti da pressione su altri organi, poichè non è concepibile che venga compressa la trachea, che è cartilaginosa, e siano invece risparmiati i vasi vicini.

I casi, osservati dai diversi autori, possono classificarsi come segue:

A) *Stato timico* (senza cambiamenti nei linfatici):

1) iperplasia semplice con segni evidenti anatomici e clinici di compressione.

2) iperplasia senza sintomi.

3) iperplasia con aumento di attività nella tiroide e sintomi clinici di gozzo esoftalmico.

B) *Stato timico-linfatico.* — L'ipertrofia del timo è accompagnata da ipertrofia del tessuto linfoide (adenoidi, tonsille, milza, ghiandole mesenteriche).

Hammar però esclude la compressione della trachea da parte del timo ipertrofico, nega inolte che questo sia un reperto costante nella morte timica, e che sia possibile distinguere dei tipi determinati. Sopra 13 casi, studiati accuratamente, trovò solo in due ipertrofia del timo; egli arriva alla conclusione che non vi sono nella morte timica fatti morfologici i quali provino l' esistenza di ipo– o di disfunzione del timo.

Altre ipotesi emesse sulla morte timica, attribuiscono questa ad abbondanza di qualche ormone tuttora ignoto, ad insufficienza di adrenalina, a condizioni anafilattiche, a metabolismo difettoso.

SINTOMI E DIAGNOSI DELL'IPERTROFIA TIMICA.

Talvolta manca qualsiasi sintomo, e l'ipertrofia timica si manifesta all'improvviso con un accesso parossistico di dispnea, che può terminare con la morte. La molestia di cui maggiormente si lamentano questi pazienti, è la tosse con attacchi di soffocazione: Friedländer richiama l'attenzione sopra tre sintomi principali: *la dispnea*, che è il segno più evidente e può essere costante o intermittente: *lo stridore*, inspiratorio, più evidente durante il sonno per il decubito dorsale aggravato da eccessi di collera, esercizi, o improvvisa retrazione del capo, e gli attacchi soffocativi con cianosi.

La diagnosi si basa sull'esame fisico e radiologico.

Secondo molti clinici, si può dimostrare l'ipertrofia mediante la percussione: si fa tenere il bambino in grembo alla madre e si percuote sul petto dal basso all'alto con colpi leggerissimi, in modo da avvertire appena la risonanza accostando molto l'orecchio; si continua a percuotere fino ad avvertire l'ottusità; secondo alcuni, si ha, più che altro la sensazione di resistenza alla percussione. I limiti laterali si avvertono ancor meglio: quello inferiore si può anche ottenere con la percussione ascoltata.

Sebbene con la percussione si possa delimitare il timo, con risultati analoghi a quelli ottenuti con i raggi X, soltanto questi permettono una diagnosi positiva. Questi poi esercitano anche un' azione terapeutica, regolando la durata e la frequenza del trattamento secondo i casi.

L' ombra del timo normale occupa un' area a forma di V, che si estende appena al di fuori delle ossa: il timo ipertrofico dà una larga ombra mediana, sul cuore come un largo cappuccio sull'ombra del cuore e dei grossi vasi. Secondo Cook, si dovrebbero sottoporre ad esame radiologico tutti i bambini con ritardato sviluppo mentale in cui vi sia qualche sospetto da parte del timo.

TERAPIA.

Quando i sintomi di soffocazione sono allarmanti, si ricorrerà immediatamente all'operazione, sia alla tracheotomia, sia alla timectomia.

Una organoterapia razionale è per ora impossibile, tenuto conto delle insufficienti nozioni attuali sulla ghiandola. Nessuna delle malattie in cui è stato tentato il trattamento col timo, si è mostrata in qualche relazione con questa ghiandola: si ritiene p. e. da Sajous che i discreti risultati che talora si ottengono, siano dovuti più che altro al contenuto in nucleine.

L'estratto di timo è stato usato nella rachitide, nel morbo di Addison, nell' infantilismo. Da Hanaborg si è raccomandato recentemente il timo nella corea; sia per l'effetto calmante sul sistema nervoso, sia perchè vi è forse in tale malattia un'insufficienza del timo: lo stesso Hanaborg somministra però contemporaneamente i salicilati; ad ogni modo le sue osservazioni, fatte sopra un discreto numero di casi, meritano tuttora conferma.

fil.

MEDICINA.

Lo shock pleurico nel pneumotorace artificiale.

(STIVELMANN. *New-York Medical Journal*, 1919, numero 5).

Il pneumotorace artificiale nell'atto stesso in cui si pratica può determinare dei disturbi molto impressionanti. Si tratta di complessi sintomatici certamente rari, ma che per la incertezza dei fattori determinanti, per il loro inizio improvviso, ed anche per la loro prognosi, possono distogliere dal praticare un trattamento, che si è dimostrato il più efficace per la cura di alcune forme di tubercolosi pulmonare.

I disturbi manifestantisi immediatamente dopo

la introduzione nella cavità pleurica di aria o di azoto si riducono al minimo quando si segua il consiglio suggerito da Forlanini di insufflare alla prima seduta non più di 300 cmc. a bassa pressione. D'altra parte l'attenta osservazione delle oscillazioni manometriche e la loro giusta interpretazione può far tempestivamente prevenire l'eccesso di pressione intrapleurica, gli spostamenti improvvisi degli organi mediastinici, ed il pneumotorace spontaneo dovuto alla rottura di aderenze fra il tessuto pulmonare e la pleura parietale.

I disturbi che meritano una maggiore considerazione sono quelli che si verificano durante la penetrazione dell'ago o durante l'anestetizzazione della pleura parietale.

L'embolia gassosa sarebbe la più grave fra tutte le complicazioni del pneumotorace artificiale. Secondo alcuni essa si verificherebbe subito dopo l'inizio della introduzione di aria o di azoto e si manifesterebbe con vertigini, pallore, polso frequente, debole e irregolare, dispnea, respirazione stertorosa, incoscienza, contrazioni toniche di parte dei muscoli del corpo. Ma è dubbio che questi fatti possano mettersi in conto di una embolia gassosa, essendo difficile rendersi conto nel modo con cui essa determinerebbe.

La penetrazione di gas nel circolo è possibile solo ammettendo la lesione di un vaso e la penetrazione in questo del gas contenuto nel tubo del manometro (l'accidente di verifica subito dopo la introduzione dell'ago) o una contemporanea lesione vasale ed alveolare. Ma la quantità di aria contenuta nel tubo manometrico non è sufficiente a dare fenomeni di embolismo così imponenti, nè l'esperienza clinica dimostra che in genere le lesioni anche estese del tessuto pulmonare diano embolie gassose. In effetti l'embolia gassosa nel pneumotorace artificiale se entra nel campo delle possibilità, non si può ammettere come probabile. E i disturbi che si sono attribuiti ad essa hanno verisimilmente un origine diversa: avvelenamento da cocaina, puntura del cuore, pneumotorace spontanea, shok pleurico.

Ma si deve escludere che l'avvelenamento cocainico e la puntura del cuore possano costituire la causa di accidenti fatali nel corso del pneumotorace artificiale. Per quanto si sappia che in alcuni individui per idiosincrasia dosi minime di cocaina possano dare lo shock, la quantità adoperata nella pratica del pneumotorace è tale da far ritenere impossibile una tale evenienza. E una lesione del cuore a mezzo dell'ago potrebbe verificarsi, e qualche caso è stato notato, solo quando il cuore fosse notevolmente spostato e la puntura si facesse per avventura nell'emitorace sinistro e quando il pulmone fosse di già retratto per precedenti iniezioni di gas.

Il pneumotorace spontaneo si può verificare o per lacerazione del tessuto pulmonare determinata dalla penetrazione dell'ago o più frequentemente per lacerazione di aderenze dopo la insufflazione del gas. Ma la casistica finora pubblicata dimostra che il pneumotorace spontaneo durante la operazione di quello terapeutico è raro ed in ogni caso esso è dovuto sempre o quasi sempre alla lacerazione di aderenze anzichè ad una lesione prodotta dall'ago.

L'accidente più frequente nel corso del pneumotorace artificiale è lo shock pleurico. Tale complesso sintomatico, noto anche come riflesso pleurico o eclampsia pleurale, spesso è confuso con una lieve embolia gassosa o con un deliquio. Zesas riferisce di avere avuto cinquantaquattro casi di shock pleurico grave durante varie manipolazioni chirurgiche della pleura e ventuno con esito letale, di cui otto durante semplici esplorazioni. In quarantacinque casi di shok pleurico egli constatò contrazioni cloniche e toniche immediatamente dopo la irritazione della pleura, ed in qualche caso il collasso al semplice toccamento.

Saugman in sette anni e mezzo ha avuto gli stessi accidenti, ventidue volte con due casi mortali. In 1122 individui sottoposti al pneumotorace artificiale, autori americani hanno avuto lo shok pleurico ventiquattro volte, Forlanini dodici volte in centotrentaquattro casi.

Il meccanismo di produzione dello shock pleurico non è ancora ben definito. Simon ritiene che esso sia prodotto dal fatto che l'aria insufflata ha una temperatura più bassa di quella del corpo; ma al riguardo bisogna notare che lo shock pleurico si manifesta per lo più prima che si sia iniziata la iniezione del gas. Saugman afferma che lo shock pleurico può essere causato dall'uso di strumenti ottusi, ma i fatti dimostrano che esso si verifica con maggiore frequenza quando sono adoperati strumenti aguzzi. Russel ritiene che lo shock è provocato dall'afflusso al midollo allungato degli impulsi afferenti attraverso le fibre del vago, le cui terminazioni sensitive, straordinariamente sensibili a causa del processo infiammatorio sono eccitate dall'ago. Alcuni autori però hanno notato che lo shok pleurico si ha più frequentemente nei primi stadî dell'affezione quando cioè la pleura non è infiammata. È stata incolpata anche la leggera anestesia, ma senza nessun fondamento.

Nei casi leggeri lo shock pleurico si manifesta con disturbi di nessuna importanza, in genere un breve deliquio. Nei casi alquanto gravi però sono compromessi il sistema circolatorio, respi-

ratorio e nervoso sia sensitivo che motore. Il polso fino allora normale diventa frequente, debole, irregolare e talvolta anche impercettibile, la punta del cuore batte debolmente ed irregolarmente, e di solito si hanno anche vertigini, cianosi marcata, dispnea o respiro superficiale, stertoroso. Frequentemente si ha rigidità di una parte della musculatura del corpo, ordinariamente delle estremità superiori e della nuca, oppure contrazioni cloniche dei muscoli stessi. Può verificarsi anche afasia motoria, ambliopia, afasia sensoria ed incoscienza temporanea. Tutti questi sintomi pare siano in rapporto ad uno spasmo dei vasi cerebrali e cardiaci.

Riassumendo si può affermare che il collasso improvviso che si verifica durante l'operazione del pneumotorace artificiale è nella grande maggioranza dei casi dovuto a shock pleurico. L'embolia gassosa, la puntura del cuore e l'avvelenamento cocainico sono evenienze molto rare; il pneumotorace spontaneo può verificarsi, ma può essere facilmente diagnosticato e prevenuto.

Lo shock pleurico si può avere sia quando si sia proceduto alla anestetizzazione della pleura, sia quando non si sia adoperato nessuno anestetico. Lo shock pleurico non si può prevenire. Esso può determinare la morte, ma di solito guarisce più o meno rapidamente: l'ambliopia, l'afasia, l'incoscienza sono i disturbi che scompaiono prima. Il pneumotorace, come consiglia il Forlanini, non va ripetuto quando lo shok pleurico si è ripetuto in più di una seduta.

DR.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVICO DI TRIESTE.
IV Divisione.

Innovazioni all'operazione dell'ernia inguinale secondo Bassini

per il dott. DEMETRIO GIORGACOPULO.

Durante la guerra la severa chiusura dei confini precludeva a noi italiani dimoranti nell'estero nemico tutti i periodici scientifici pubblicati nel Regno, sicchè ci si doveva accontentare dei soli periodici tedeschi. Qualche giornale politico riusciva di quando in quando ad eludere la morbosa diffidenza delle autorità tedesche e allora, furtivamente raccolti in crocchio, noi si beveva avidamente le notizie della Patria. Ma è naturale che questi giornali non contenessero punto articoli scientifici e tanto meno in quel rapido momento si avrebbe avuto la tranquillità d'animo necessaria per leggerne.

D'altro canto anche in Italia la rigorosità della censura non ammetteva che varcassero i confini le pubblicazioni medico-scientifiche dei due ex Imperi. La conseguenza ne è, che per più di 3 lunghi anni i circoli medici del Regno non ebbero sentore delle dissertazioni mediche dei periodici tedeschi, tranne brevi frammenti. Fra queste dissertazioni una specialmente occupò l'attenzione per parecchio tempo dei circoli chirurgici tedeschi. Si pubblicarono cioè numerosi articoli di critica sull'operazione dell'ernia inguinale secondo il Bassini, per le molte ricidive riscontrate. Molti insorsero adducendo come motivo la mancante esperienza e la poca abilità chirurgica, chè in oggi opera un'ernia anche un medico pratico. Come sempre accade per le polemiche, anche questa portò dei vantaggi.

Anzitutto, però, devo rilevare che la maggioranza delle Cliniche e degli Ospedali maggiori in Germania e in Austria, da quanto mi consta, operano le ernie inguinali sempre secondo il tipico modo insegnatoci dal Bassini; che le recidive sono pochissime (le guarigioni controllate variano, secondo le statistiche, da 90 fino a 98 % dei casi operati). Naturalmente si riscontrano di tanto in tanto suppurazioni e allora la recidiva non ci può meravigliare. Un altro gruppo di recidive più frequenti presentano quei casi dove la muscolatura è atrofica o addirittura mancante.

Come ho detto, dunque, questa polemica ebbe anche il suo lato buono; vennero cioè suggerite delle piccole innovazioni al metodo Bassini. Voglio esporre alla fine una rassegna dei mezzi suggeriti. Anzitutto è mia intenzione di render note in Italia queste diverse innovazioni o correttive

al metodo del Bassini proposte da medici germanici.

Come primo vorrei menzionare il SEITZ. Egli ci dà delle chiare delucidazioni sulla formazione delle recidive.

Chiudendo l'ernia secondo Bassini noi produciamo uno stiracchiamento del muscolo obliquo interno. Se questo è atrofico, allora si formerà una diastasi del muscolo lasciando in quel punto uno spazio, che non sarà ricoperto di muscolatura; questa la avremo alla parte mediale dei punti, i quali raggiungeranno sì lo scopo per cui vennero fatti, ma d'altro canto ci lascieranno quel punto coperto soltanto di peritoneo, fascia e cute e probabilmente avremo poi qui, tosto o tardi, una recidiva o meglio una nuova ernia. Per evitare ciò il Seitz ci consiglia un modo abbastanza semplice.

Noi gettiamo via dopo ogni operazione d'ernia un pezzo di tessuto che deve esser ottimo per le sue qualità per trapianti. Spessissimo abbiamo letto, di dover operare le ernie in giorni nei quali ci occorre qualche pezzo di tessuto per una plastica, o il caso inverso di operare plastiche dopo un'ernia per aver il sacco a disposizione. Dunque senza trapianti di parti lontane egli prende il sacco e lo porta sul punto già descritto. Naturalmente potremo far ciò qualora avremo un sacco ben sviluppato.

Egli eseguisce l'operazione nel modo seguente: separa come di solito il sacco dal funicolo, però non completamente: la parte distale resta attaccata. Lo recide al collo, chiude il peritoneo e poi prende tanto del sacco quanto gli occorre pel trapianto. Acciocchè attecchisca più presto egli ne raschia leggermente la superficie interna. Lo fissa poi con un paio di punti. Il SEITZ ha operato col suo metodo troppi pochi casi per emettere un giudizio sulla resistenza più o meno valida, che viene opposta da questo sacco; ci consiglia di provare.

Il WALTER di Strasburgo ci porta come novità un metodo, il quale è messo in opera da una ventina d'anni dal Durante, che rimase però sconosciuto in Germania. Si tratta del trapianto del muscolo piramidale o, mancando questo, del retto, per fissarlo attorno al funicolo all'uscita di questo dal canale inguinale. Questo metodo fece buona scuola in Italia, tanto da esser di pratica corrente in molti Ospedali e in diverse Cliniche.

Un metodo dimenticato e messo in disparte rievoca l'HEINEMANN. Egli lo pratica assieme ad un medico italiano a Smirne. L'Heinemann era medico militare durante la guerra e vi ebbe ancor maggior occasione di provare questa sua innovazione. Egli scorge la prima causa delle recidive nei corpi estranei, i quali vengono introdotti nelle ferite, cioè nelle ligature. Il catgut non si adopera generalmente, perchè si scioglie troppo presto, prima d'aver raggiunto dalla sutura ciò che si voleva, cioè la concrescenza dei tessuti. E per la seta fa le obiezioni suddette. Perciò egli adopera filo di metallo. Comincia coll'omettere ligature dei vasi sanguinanti; l'emorragia si fermerà alla compressione delle suture. Egli passa poi l'ago col filo oltre la cute, la fascia e il muscolo da una parte, dall'altra oltre la doppiatura del ligamento del Poupart, questo e la cute. L'assistente starà attento a metter bene a posto i 3 strati, da una parte e dall'altra, prima di stringere le legature.

Fino alla pubblicazione egli operò con questo trattamento 36 ernie inguinali; il metodo è facile secondo lui e fa guadagnar molto tempo. Di complicazioni ne ebbe 2 volte per aver stretto troppo le suture e con ciò cagionato una strangolazione del funicolo. Un paio d'ore dopo l'operazione si formò un gonfiamento del funicolo e del testicolo della stessa parte, che cessarono quando rilassò un po' le suture. Egli leva le suture il 14° giorno. Seguì questi 36 casi per parecchi mesi, senza riscontrarvi mai alcuna recidiva. Egli si richiama poi ai casi pubblicati dallo Spartali, dal Villar e dal Jonescu, i quali neppure ebbero recidive.

La causa dell'ernia sta nella configurazione anatomica della parte. Il DRUENER cerca perciò il come e il perchè di questa predisposizione. Egli confronta il sacco erniario con un sacco comune. Cosa si deve fare per versare qualcosa in un sacco? Bisogna tener discosti 3 punti della bocca del sacco o metter da una parte un cerchio rigido o semi-rigido. Le stesse condizioni egli trova nel sacco erniario. Esso vien tenuto aperto da un sistema semi-rigido, che sarebbe il ligamento inguinale e i vasi epigastrici che partono dal di sotto di questo.

Questa apertura s'allarga maggiormente per la cedibilità della parete addominale. Avendo una muscolatura ben sviluppata e in special modo se troviamo un forte muscolo obliquo interno, allora questa chiuderà bene l'apertura del sacco e compenserà il sistema semi-rigido. Non avendo questa, però, e di più essendo la fascia dell'esterno molto poco resistente, allora il sacco resterà aperto. Tossendo l'individuo, o facendo sforzi, cederà la muscolatura, il ligamento inguinale, essendo poco elastico, rimane rigido, e l'altra parte del sistema, cioè i vasi, che vanno dal ligamento inguinale al retto, formeranno un cordone teso, perchè innervato il retto, esso diventa più stretto e lo spazio fra esso e il ligamento inguinale si allarga. In questo punto cede il peritoneo e forma pian pianino il sacco. Per evitar questo sistema egli propone l'operazione radicale della

ernia nel seguente modo. Incide la fascia dell'esterno in modo che l'anello inguinale esterno resti lateralmente dall'incisione, vale a dire egli porta il taglio della fascia più verso il mezzo. Fatto questo egli incide il muscolo cremastere, poi prepara e recide il sacco nel solito modo. Chiude l'incisione fatta nel cremastere con una sutura corrente. Traspone poscia il funicolo secondo Bassini, la sutura profonda però non vien fatta dall'interno e dalla duplicatura del ligamento inguinale, ma dalla parte mediale della fascia dell'esterno e dal ligamento inguinale. Lo strato superiore vien formato dal lembo laterale della fascia che vien fissato sopra il lembo mediale. Egli prende seta molto forte per questo e le suture della parte superiore sono molto tese, mentre quelle inferiori sono piuttosto rilassate. In questo modo l'apertura interna pel funicolo e pei vasi si presenta molto stretta e la formazione del sacco diviene poco probabile.

Il Druener venne a questa idea, leggendo un'opera dell'Hackenbruch. Dopo un anno di operazioni fatte secondo questo metodo egli confrontò quell'anno con l'anno precedente, nel quale egli operava secondo il Bassini. Mentre col suo sistema egli non ebbe mai nessuna recidiva, ne ebbe qualcuna nell'anno prima operando secondo il Bassini. Egli dà alla pubblicità questi suoi emendamenti dopo averli sperimentati per altri 5 anni, sempre con lo stesso risultato. Egli crede che il maggior coefficiente del successo stia nel lasciar intatto il muscolo obliquo interno e nella resistenza del nuovo anello inguinale interno. I soggetti da lui operati appartenevano alla classe dei minatori, gente che lavora molto e faticosamente, onde tanto più grande era il pericolo delle recidive e più soddisfacenti sono i risultati della sua innovazione.

Il BILAGUEL di Berlino crede che il punto più debole sia l'anello inguinale interno all'entrata del funicolo nel canale inguinale. Per ovviare a questo inconveniente egli s'aiuta colla fascia lata dalla gamba, ne taglia un pezzo della lunghezza di circa 7 cm. e della larghezza di 3 fino a 4 cm. e vi fa un'incisione longitudinale fino circa a metà.

Dopo la sutura del primo strato secondo Bassini, egli mette questo pezzo di fascia colla parte incisa rivolta all'insù a cavallo del funicolo alla sua entrata nel canale. Un paio di punti fissano la fascia a posto. Egli adopera questo metodo specialmente per quella classe di lavoratori che devono ritornare presto al lavoro; i risultati fino ad ora erano ottimi, però se ne hanno ancora poche esperienze.

Un altro, il PLENZ, ebbe a riscontrare in brevissimo tempo 6 recidive in ernie operate secondo il Bassini. Tre di queste si erano formate nella parte più alta, 3 nella parte più bassa della cicatrice, cioè nei punti dove entra e dove esce il funicolo spermatico. Egli afferma che un'altra sia la causa di queste recidive. La resistenza che oppone l'obliquo interno, fermato al ligamento inguinale è per lui troppo piccola. La cicatrice che si forma è troppo leggera per resistere ai continui maltrattamenti durante un lavoro pesante. Perciò egli prende nella parte più bassa non l'obliquo interno ma la fascia ben pulita del retto. Per rendere il lavoro più semplice e diminuire la tensione consiglia di cominciare le suture da giù in sù, senza annodarle però. Questo lo fa in senso inverso cioè da sù in giù, così da render sempre minore la tensione. Poi raddoppia la fascia dell'esterno secondo Girard. Egli usa questo sistema da 7 anni, lo pubblicò già una volta, però allora cadde presto in dimenticanza e non se ne parlò più. Egli però continuò a praticarlo nella sua clinica ottenendone sempre buoni risultati. Lo volle perciò richiamare alla memoria.

Questa pubblicazione nel giornale chirurgico più diffuso nei paesi tedeschi sollevò molte proteste e tutte in difesa del metodo Bassini. Si accentuò il fatto che durante la guerra molti si arrogarono il titolo di chirurgo e operarono avendo spesso a disposizione una sala operatoria, assistenza e mezzi. A parte questo anche l'asepsi negli ospedali improvvisati di campo non poteva essere praticata in quella misura che noi oggi pretendiamo. Perciò le sei recidive, capitate sotto i suoi occhi, saranno state più una fatalità che altro.

Ancora una pubblicazione ho trovato sullo stesso tema e precisamente del BURIAN, assistente alla clinica chirurgica czeca di Praga. Il Burian osservò spesso che avendo l'individuo anche una muscolatura generale ben sviluppata, il muscolo obliquo interno era debolissimo. Egli perciò prima d'operare individui, nei quali sospettava questa debolezza, li faceva sottoporre ad una cura elettrica e di massaggi della muscolatura dell'addome per due fino a 4 settimane. L'effetto lo descrive sorprendente. Vecchi e uomini deboli avevano all'atto operatorio un muscolo obliquo interno ben sviluppato di un colore rosso cupo.

Con ciò la probabilità di evitare una recidiva si presenta molto maggiore. Egli modifica poi il Bassini, omettendo di trasportare il funicolo, e per evitare un maltrattamento del muscolo egli non prende questo, ma la sua aponeurosi, così da portare tutto il muscolo sopra il canale inguinale.

Non asporta il sacco, ma lo recide al collo e lo chiude lasciando il resto intatto.

Questa cura ante-operativa e preparatoria sarebbe di sicuro molto buona e di grande efficacia. Però dobbiamo pensare ad una cosa. In un ospedale viene a farsi operare un uomo che ha mezzi molto limitati e che vive del suo lavoro. Si fa operare per esser guarito nel tempo più breve. Oggi noi operandolo secondo il modo che prevale lo terremo all'ospedale al massimo per 12 giorni. Gli consiglieremo d'astenersi ancora dal lavoro per 2 fino a 3 settimane e poi ritornerà guarito alla sua occupazione. Con ciò tutta la cura sarà durata circa un mese. Volendolo appena preparare all'operazione come ci insegna il Burian dovremmo prolungare la degenza di altre 4 settimane, vale a dire ritardare la guarigione, e metteremmo il lavoratore nell'impossibilità di guadagnare per 2 mesi. Faremo con ciò una cosa utile o no, visto che le recidive senza innovazioni e correzioni sono appena del 2 fino all'8 %?

Queste sarebbero le obbiezioni che si fecero al metodo Bassini e le innovazioni consigliate durante i 4 anni di guerra nei diversi periodici scientifici dei paesi degli ex imperi centrali. Ognuno cercò in prima linea di scoprire la causa di queste recidive. Tutti sono unanimi nello ammettere che l'atrofia o la debolezza del muscolo obliquo interno pregiudica di molto l'esito dell'operazione. Poi vengono enumerati i punti deboli del sistema. E qui vediamo che l'accordo non è tanto perfetto. Chi trova che l'anello inguinale esterno, chi che l'interno, sia il punto di minor resistenza e ognuno dal suo punto di vista suggerisce mende diverse. Valutando l'efficacia d'ognuna, vedremo che in teoria queste sono quasi tutte buone, che l'intenzione è di sicuro lodevole e, ammettiamolo pure, alcune sono abbastanza geniali. Però nessuna può fare oscurare la fama del metodo Bassini, tale e quale ce lo insegnò il celebre chirurgo italiano. I risultati del metodo Bassini senza alcuna modificazione sono ottimi, le percentuali di guarigione completa controllata dopo anni sono del 90 fino 98 %, come già dissi.

Per passare in rassegna le diverse migliorie possiamo dire:

Sul metodo Heinemann credo superfluo spender molte parole. La seta è un corpo estraneo nel nostro corpo, ma il più delle volte vediamo che non provoca delle suppurazioni. Sarà difficile abolire le suture con la seta, che oggi sono sempre le preferite nella chirurgia, prima di aver trovato per queste un sostituente effettivamente migliore.

Il Druener ha studiato bene la configurazione delle pareti nella sede dove si ha da formare l'ernia. Quanto ci consiglia però mi sembra molto problematico. Quelle suture in parte rilassate, in parte molto strette, saranno fatte tanto soggettivamente da non offrire sufficienti garanzie. L'apertura interna stretta rimarrà poi così stretta, come la vuole lui, per evitare poscia quella formazione d'imbuto?

Il Bilaguel trasporta un pezzo di fascia all'entrata del funicolo nel suo nuovo canale. Per accontentare coloro, e sono molti, che dicono che l'anello inguinale esterno è ancora meno resistente, dovremmo metter anche lì un pezzo di fascia. In quella posizione però, sopra cicatrici, chi ci garantisce che questa fascia mal nutrita non venga assorbita o si necrotizzi? Il doppiare la fascia dell' esterno secondo Girard ci darà assai più garanzia e non ci obbligherà a trapianti, avendo a nostra disposizione tutto sul posto.

Il Plenz non ci racconta nulla di nuovo. Il suo consiglio l'abbiamo sentito molte altre volte, non ci occorrerà ripetere dunque ciò che si può leggere in qualunque trattato di chirurgia. Del Burian ho detto già tutto.

Così ho esaurito l'esame dei singoli innovatori. Il risultato ne è che di tutti questi epigoni del Bassini, nessuno seppe escogitare un tale emendamento del sisema, da modificarlo fino a crearne uno nuovo. Il procedimento Bassini rimane, come lo è già da 30 anni, incontrastabilmente il metodo unico radicale per guarire l'ernia inguinale.

COMMENTI.

Ancora sull'estensione continua applicata alle parti molli nei monconi d'amputazione.

Nel giornale *Il Policlinico* (Sezione pratica, fasc. 51, anno 1918, pag. 1255) il prof. Ernesto Bellandi propone un suo metodo per ottenere la trazione continua dei lembi dei monconi d'amputazione non suturati.

Ugualmente il prof. Mario Fasano nel *Policlinico* (Sezione pratica, fasc. 15, anno 1919, pagina 464) illustra altro suo metodo per ottenere la trazione continua dei lembi dei monconi di amputazione non suturati.

Ambedue ritengono il loro metodo d'applicazione superiore a quello da me adoperato (« Rivista Ospitaliera », 1916, n. 21) perchè permette il levarsi precoce dell'ammalato.

Io non comprendo per quale ragione la trazione a pesi da me proposta obblighi il malato a rimanere in letto.

Certamente nel primo tempo il malato per le condizioni generali nelle quali si trova (le am-

putazioni vengono quasi sempre eseguite o per traumi o per infezioni gravi) dovrà rimanere in letto e la trazione delle parti molli si eserciterà allora con un apparecchio simile a quello del Tillaux per le fratture del femore. Ma appena le condizioni generali del malato gli permetteranno di levarsi, basterà accorciare l'ansa di garza, « che era stata fissata con una o due strisce circolari di cerotto alla cute del moncone », ed in fondo all'ansa applicare un peso. In tal modo l'infermo potrà rimanere in posizione eretta, seduta o camminare, esercitandosi ugualmente la trazione continua sulle parti molli del moncone d'amputazione, senza che il peso posto in fondo all'ansa di garza, e che esercita la trazione, possa menomamente disturbare il malato.

La trazione dei lembi con un'ansa di garza fissata con una o due striscie circolari di cerotto alla cute del moncone d'amputazione, ed al cui estremo sia fissato un peso, è il mezzo più semplice che si possa ideare a raggiungere lo scopo di impedire la retrazione delle parti molli. È un mezzo alla portata di tutti e di facilissima applicazione.

Roma, 22 aprile 1919.

Dott. PAOLO FERRARESI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche in Milano.

Seduta del 26 aprile 1919.

Presidenza del prof. DEVOTO.

Considerazioni su un interessante caso di tumore della fossa cranica posteriore.

Prof. E. MEDEA. — L'A. presenta i pezzi anatomici riguardanti un caso da lui studiato e nel quale soltanto pochi giorni prima della morte fu possibile porre la diagnosi di probabile tumore cerebellare destro. In principio, data la mancanza di segni di localizzazione, la prevalenza di fenomeni di indole generale e numerose remissioni, si era pensato ad una meningite sierosa.

L'autopsia dimostrò l'esistenza di un tumore (probabilmente un endotelioma) che si trova tra il lobo occipitale destro e la faccia superiore dell'emisfero cerebellare destro, che è compresso e spinto in avanti ed all'interno.

È interessante notare, dal punto di vista pratico e neuro-chirurgico, che ove si fosse proposto un atto operativo (il che non venne fatto per le gravi condizioni del paziente), il chirurgo si sarebbe trovato di fronte al tumore che, data la sua peculiare apparenza e la sua vascolarizzazione, sarebbe stato preso per l'emisfero cerebellare destro, del quale presso a poco aveva il volume e la forma.

Il caso è dunque interessante e dal punto di vista neurologico e dal punto di vista chirurgico.

Contributo allo studio etiologico ed istologico dell'eritema nodoso.

Dott. PESTALOZZA CAMILLO. — L'A. su sette casi di eritema nodoso in bambini presentatisi all'ambulatorio della clinica Pediatrica De Marchi — ha indagato sul fattore etiologico. Innanzi tutto ha riscontrato costantemente uno stretto rapporto fra eritema nodoso e tubercolosi: i dati clinici e biologici (cutireazione alla tubercolina) deponevano tutti per la natura tubercolare, ed ha potuto fare anche un esame istopatologico di un nodulo eritematoso: per quanto da questo esame non risulti nessuna lesione tipica tubercolare, egli crede che questo reperto non debba ritenersi in assoluto contrasto coll'ipotesi enunciata sull'etiologia dell'eritema nodoso: essendo d'avviso che l'insorgenza del nodulo eritematoso possa essere determinata anzichè dai veleni adipo-cerosi del bacillo di Koch (che costantemente provocano per azione locale la formazione del tubercolo), dalle tubercoline. Così si potrebbe spiegare la nessuna tipicità delle lesioni istopatologiche riscontrate.

Ricerche intorno alla sierodiagnosi di Wasserman sul latte muliebre.

Dott. RUSCA CARLO. — L'A. riferisce a titolo di nota preventiva, i risultati di una prima serie di ricerche da lui istituite sul latte di quaranta donne in parte luetiche, in parte sane, per controllo. Premessi alcuni dati relativi alla tecnica speciale dell'indagine, afferma che nel latte di donne luetiche, non o poco curate, è possibile dimostrare la presenza di anticorpi sifilitici, anche ad allattamento avanzato, mentre nel latte di donne sane la reazione Wassermann risulta costantemente negativa. Propende a negare il valore che da alcuni volevasi attribuire a tale ricerca per svelare la sifilide latente, quando, per effetto delle cure istituite, la reazione Wassermann sia divenuta negativa nel sangue: mette tuttavia in rilievo il valore essenzialmente pratico che pel pediatra può avere la sistematica applicazione di questa poco conosciuta ricerca.

Dott. L. PRETI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Meningite influenzale.

Capitan (*Bull. de l'Accadémie de médecine*, 15 aprile 1919) ha osservato in quasi tutti gli influenzati gravi dei sintomi meningei, costituiti da notevole rigidità della nuca, Kernig spiccatissimo, cefalea costante, occipitale o frontale, frequenti disturbi cerebrali, delirio spesso attivo, polso raro o irregolare, dispnea centrale; più raramente disfagia, vomiti, disturbi oculari (miosi persistente, anisocoria, strabismo): due volte (su 603 casi) morte improvvisa di probabile origine bulbare.

Questi sintomi, con preponderanza variabile da un caso all'altro, accompagnano i fenomeni clinici ordinari dell'influenza; infezione generale, bronco-pneumonite; albuminuria elevata (4-6 ‰) ipertrofia epatica e splenica, miocardite. In quei malati, che poi sono guariti, detti sintomi andavano scomparendo col miglioramento progressivo.

Alla autopsia, si sono notate le lesioni specialmente alla base, con formazione di pseudomembrane fra la parte anteriore della protuberanza ed il chiasma estendentisi fino sui nervi ottici e, lateralmente contro il margine interno dei lobi parietali dei ventricoli laterali. Nel cervello congestione intensa e rammollimento. Lesioni di tal fatta si sono riscontrate anche in individui a sintomatologia di media gravezza senza risentimento meningeo; ciò sta ad indicare la frequenza di lesioni meningee, anche nell'assenza di evidenti segni clinici.

Le lesioni anatomiche possono essere discrete ciò che spiega l'esistenza di sintomi meningei, lievi, consistenti in una leggera rigidità della nuca, Kernig appena accentuato, forte cefalea. Tali sintomi vanno dunque ricercati espressamente, e si osservano in ammalati che guariscono, come in quelli che soccombono. La cefalea tende talora a persistere od a ricomparire, per cause svariate; non è improbabile che la forma meningea dell'influenza determini nel cervello lesioni, che possono rimanere croniche, ciò che spiegherebbe l'origine di certi disturbi cerebrali, di patogenesi oscura. Per quanto riguarda la cura, l'A. ha ottenuto buoni risultati con le iniezioni endovenose di arsenico ed argento colloidali purissimi (6 cmc. di ognuno iniettati simultaneamente tutti i giorni all'inizio della malattia). In queste condizioni ha ottenuto azioni nettissime e spesso radicalmente curatrici, ma talora dissociate, sullo stato generale, la temperatura, le lesioni polmonari ed i sintomi meningei, che risentono più tardi che gli altri gli effetti della cura. Con tale metodo, l'A. ha ottenuto la guarigione nei due terzi dei casi.

fil.

Il trattamento dei disturbi pneumonici complicanti l'influenza.

C. W. Ross e E. I. Hund (*Journ. Am. medical Assoc.*, 1° marzo 1919) osservano che il decorso clinico dell'influenza è caratterizzato da una intossicazione del sistema nervoso centrale, ciò che è dimostrato dai seguenti fatti: 1) prostrazione con stato di apatia; 2) disturbi della termogenesi; 3) disturbi gastro-intestinali a tipo centrale; 4) disturbi nei nervi di senso periferici; 5) disturbi vasomotori senza evidente insufficienza cardiaca; 6) depressione del centro respiratorio.

Oltre a ciò si nota una evidente leucopenia ed una diminuita coagulabilità del sangue, ciò che spiega il frequente reperto di trasudato emorragico, nei tessuti riccamente vascolarizzati.

Risulta da tali osservazioni che il trattamento deve essere diretto a neutralizzare od a rendere comunque inerte la sostanza tossica; acorreggere la paresi vasomotoria, ed a prevenire la distruzione del sangue. Tenuto conto dei buoni risultati ottenuti con l'iniezione di siero, gli AA. ritengono che a tali vantaggi altri se ne debbono aggiungere con l'uso del sangue intero citratato.

Le indicazioni per la trasfusione sono: la cianosi persistente, la tossiemia, con leucopenia e diminuzione dei cloruri urinari, la diminuzione nella tensione del polso e la comparsa dei primi segni polmonari; sono poi segni particolarmente gravi, una temperatura poco elevata o subnormale, con spiccate manifestazioni nervose.

Prima della trasfusione occorre avere negativa non soltanto la reazione di Wassermann nel donatore, ma altresì la ricerca delle isoemolisine ed isoemoagglutinine.

La trasfusione si fa con 250-500 cmc. di sangue, e viene eventualmente ripetuta. La segue di solito un leggero brivido. Nel caso di fenomeni anafilattici è da consigliarsi l'uso dell'atropina: prima della trasfusione sarà bene fare una iniezione di digitalina.

Gli AA. hanno applicato il metodo con buoni risultati in 28 casi di cui riportano le storie, e concludono che, se si possono, con la trasfusione ottenere dei notevoli effetti, è necessario usarla prima che siano esauriti i poteri di riserva dell'organismo.

l. b.

La trasfusione del sangue citratato nella pneumonite da influenza.

W. G. Maclachlan (*Journ. Am. med. Assoc.*, 21 dic. 1918) durante una grave epidemia di influenza, ha usato il sangue di convalescenti di forme leggiere d'influenza, per iniezioni endovenose in ammalati con infezione grave e polmonite. I casi così trattati sono stati 54, con 34 esiti in guarigione: occorre però far rilevare che fra i 20 morti ve ne erano sette già in condizioni gravissime con fenomeni di edema polmonare; degli altri 13; una buona parte era oltre il terzo giorno, mentre la maggior parte di quelli trattati nei primi due giorni, guarì.

Le reazioni che si ottengono con l'iniezione sono simili a quelle date dal siero antipneumococcico nella pneumonite lobare: in 24-36 ore si aveva spesso una crisi, mentre nei casi di pneumonite a lungo decorso, era più frequente la lisi. È abbastanza comune il brivido con un temporaneo inalzamento di temperatura: facile è inoltre un aumento nella cianosi nel dolore puntorio o nella difficoltà respiratoria; negli individui, che già hanno tali sintomi occorre procedere con molta lentezza all'iniezione.

Il sangue, appena estratto si faceva defluire in quantità di 75-100 cmc. in un matraccio contenente 40 cmc. di soluzione al 2 % di citrato di sodio; si iniettava nelle vene dell'ammalato una quantità di 75-100 cmc., ripetendo l'iniezione ogni 24 ore (meglio ancora se più frequentemente) facendone al massimo quattro. È importante fare sempre la reazione di Wassermann sul sangue del donatore, l'A. l'ha trovata positiva nella metà dei casi fra i borghesi da cui ha prelevato il sangue; non indispensabile è invece la ricerca delle isoagglutinazione. *l. b.*

DIAGNOSTICA.

Tabelle per diagnosi differenziale.

PLEURITE CON VERSAMENTO	POLMONITE LOBARE.
Inizio con stato di brivido che dura parecchi giorni.	Inizio acuto con forte brivido che dura un'ora o più.
Tosse stizzosa; non espettorazione, oppure, si presenta a tipo catarrale.	Tosse più marcata, ed accompagnata da espettorazione tenace, rugginosa.
Esame dello sputo negativo; raramente bacilli tubercolari.	Densi aggregati di pneumococchi.
Febbre moderata a tipo continuo defervescenza per lisi.	Febbre verso i 40° che cede per crisi.
Prostrazione moderata.	Prostrazione estrema.
Distensione unilaterale del torace.	Assente.
Aspetto pallido ed ansioso.	Colorito rosso delle guancie.
Espansione limitata alla base del petto dal lato malato.	Espansione leggermente limitata o normale.
Fremito vocale tattile diminuito od assente.	Aumentato sull'area di consolidamento.
Spazî intercostali verso la base, convessi.	Assente.
Alla percussione, ottusità con notevole resistenza al dito che fa da plessimetro.	Ottusità (ipofonesi) con minore resistenza e talora carattere timpanico.
Rumori respiratorî di solito diminuiti od assenti sul versamento. Murmure respiratorio diffuso, distante e generalmente accompagnato da rantoli. Respiro bronchiale su tutto il lato affetto.	Respiro bronchiale aspro e presenza di rantoli nel primo e terzo stadio, a meno che un bronco sia ostruito.
Rumori di sfregamento nel primo ed ultimo stadio.	Assente.

I. P.

(Da *Medical Record*, 7 dicembre 1918).

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO.

La vigilanza annonaria nel dopo-guerra.

La vigilanza igienica delle derrate alimentari avrà nel dopo guerra una grande importanza sanitaria ed economica.

È notorio come durante la guerra la vigilanza annonaria delle farine, del pane, del burro e degli olii fosse difficilissima per le miscele di farine e di grassi, fatte prima per iniziativa dei Consorzi e poi permesse da disposizioni Ministeriali. Tali miscele dovevano sopperire alla deficienza di tali generi. A queste miscele ufficiali seguirono sovente quelle degli esercenti, che quasi sicuri dell'impunità, non ponevano freno alla loro ingordigia. Infatti la miscela dei grassi rende la loro analisi difficilissima anche per chimici provetti; e quelle delle farine, varianti a seconda delle necessità e complicate dalle numerose impurità e mondiglie delle varie granaglie, rendevano l'opera dei laboratori, che non sempre potevano conoscere l'ultima forma ufficiale, impossibile. Non si troverà esagerata la

parola quando si pensa che le miscele di farine si riconoscono essenzialmente con esami microscopici, e che purtroppo varii laboratori incaricati delle analisi mancavano della sezione micrografica.

Ben a ragione quindi l'igiene annonaria vieta in genere le miscele; così l'articolo 108 del Regolamento Generale Sanitario 3 febbraio 1901 considera come adulterazioni i prodotti alimentari e le **bevande non rispondenti** per natura, sostanza e qualità, alle denominazioni con le quali sono designati. Le nostre leggi speciali sulla produzione e commercio del vino, dell'olio, del burro e formaggio hanno definito chiaramente ogni genere alimentare.

Inoltre le miscele dei grassi (olî, burro) guastano quel giusto equilibrio di prezzi che sta fra il prezzo delle olive e quello dell'olio di oliva, il prezzo del latte e quello del burro di crema di latte; i generi che servono a surrogare vengono ad acquistare prezzi superiori al loro valore alimentare, mentre la merce buona, malgrado ogni vigilanza, sfugge in gran parte alla requisizione perchè il produttore, per non avere danni, fa ricorso ad un commercio clandestino de' suoi prodotti genuini.

Nel dopo guerra il commercio di generi *genuini* si impone a vantaggio della pubblica salute e dell'agricoltura.

Sarebbe poi desiderabile che restasse in vigore il Decreto Luogotenenziale 22 agosto 1915, n. 1268, veramente utile col commercio dei generi genuini: così trovano il fatto loro i produttori, i rivenditori ed anche i funzionari che per legge devono sorvegliare.

Se fosse possibile ottenere un riordinamento dipartimentale dei servizi di vigilanza annonaria con un unico laboratorio, ma ricco di mezzi di indagine, con un ufficio per accettazione campioni, con personale adatto alle ispezioni ed al prelievo campioni, si potrebbe facilmente attuare una vigilanza annonaria commendevole.

Ho accennato al personale perchè esaminando le varie leggi annonarie appare evidente che quando si tratta di applicazione pratica di ciò che vale a dare sanzione ai precetti legislativi si sente imperioso il bisogno di un personale che si incarichi di mettersi a contatto con colui in cui riguardo trattasi di verificare se trovasi d'accordo con la legge oppure se è in condizione di averla violata. Qualcosa bisogna trovare.... e si ricorre a molte persone (ufficiali sanitari che non esistono, agenti delegati, carabinieri, ispettori pellagrologici), a tutti coloro che in altre faccende affaccendati, sono richiesti a loro disagio. In mancanza del vigile sanitario consigliato nelle istruzioni annesse al R. D. 3 agosto 1890, n. 7045 per i servizi di ispezione e per i laboratori municipali di vigilanza igienica, si finisce a far capo agli agenti comunali personificati dalle guardie del comune, oppure dalle guardie rurali. Ci sarà lecito l'avere qualche dubbio circa le speciali competenze di queste degnissime persone ed alle possibilità di qualche errore di formalità o di sostanza che valga a ridurre al nulla l'azione del funzionario diretta a far rispettare la legge.

Durante la guerra con geniale innovazione, nei Decreti Luogotenenziali per disciplinare lo abburattamento delle farine si stabilì che, nei casi di contravvenzioni, giustizia fosse fatta in modo sollecito; questo indica come si possa richiedere almeno in materia annonaria qualche ritocco alla legge procedurale comune che va a rilento, troppo a rilento.

Il codice penale con gli art. 319, 320 e 322 mira a colpire i delitti contro l'alimentazione. Per colpire le alterazioni, adulterazioni, infezioni, sofisticazioni, guasti delle varie derrate si ricorre alle contravvenzioni previste nel testo unico delle leggi sanitarie 1 agosto 1907 agli articoli 114, 216, 217 e 218 ed occorre pure tenere presente il titolo IV del regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901, nonchè il regolamento speciale 3 agosto 1890 in parte ancora in vigore e le varie leggi e regolamenti speciali per il vino, il burro, il formaggio e l'olio. Come non bastasse entrano in campo anche i regolamenti locali d'igiene, ma sovente a detrimento del retto funzionamento delle sanzioni penali. La minaccia di una seria repressione è salvaguardia per l'igiene e giustamente, salvo nei casi contemplati dall'art. 110 del testo unico leggi sanitarie, casi riflettenti contravvenzioni alle prescrizioni sulla risicultura, per le altre contravvenzioni alle leggi sull'igiene e sanità pubblica, non sono ammesse oblazioni.

I regolamenti locali d'igiene dovrebbero essenzialmente ed esclusivamente contenere disposizioni speciali dipendenti dalle condizioni locali e non ripetere quanto è previsto e regolato dalle disposizioni d'indole generale.

E per l'igiene degli alimenti l'art. 127 del regolamento generale sanitario dice precisamente così: « con norme da inserirsi nei regolamenti locali d'igiene i Comuni provvederanno all'igiene degli alimenti e delle bevande nelle parti non precisamente contemplati da questo regolamento e dalle altre disposizioni d'indole generale ». Quindi è che l'ufficiale sanitario avrebbe l'obbligo morale di prestare somma attenzione affinchè il regolamento locale d'igiene non contenga disposizioni che la legge prevede e contempli siccome possibili di speciali sanzioni penali pel contravventore. Ciò è di intuitiva necessità perchè se il regolamento locale va oltre invadendo

il campo delle disposizioni d'indole generale, il contravventore anche fraudolento trova pel suo caso il beneficio della facile oblazione, oblazione che la legge non permette.

Il sistema dell'oblazione (vedi articoli 227 e 228 della legge comunale 4 febbraio 1915, n. 148) può quindi offrire un mezzo troppo spiccio per definire la bisogna; inoltre quando il Sindaco si fa delegare ed il contravventore rappresentare, facilmente nascono gravi inconvenienti ed abusi.

Concludendo dobbiamo confidare che nel dopo guerra tornando l'igiene annonaria a completa dipendenza della solerte Direzione Generale di Sanità, si attui un sincero e pratico riordinamento dei servizi a vantaggio dell'onesto produttore, del consumatore e della pubblica igiene.

Dott. GIUSEPPE MONTI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sul meccanismo dell'infezione batterica.

Ricerche divenute classiche di Vincent avevano dimostrato: 1° che i batteri del tetano, se inoculati dopo un lavaggio diligente il quale ne asporti le tossine, non sono più in grado di uccidere gli animali in quanto che vengono fagocitati o dissolti nell'organismo; 2° che i batteri del tetano lavati riprendono il loro potere patogeno se, contemporaneamente, si iniettano anche sostanze chimiche atte a mortificare i tessuti (per esempio sostanze caustiche), poichè in queste condizioni i batteri possono svilupparsi nei tessuti devitalizzati, dove non vengono più raggiunti dai fagociti nè irrorati dal plasma sanguigno e quindi possono elaborare indisturbati ed immettere in circolo le loro tossine; 3° che nello stesso senso dei caustici agiscono i mezzi fisici violenti, come il congelamento e le ustioni; 4° e così pure i traumatismi, purchè disgreghino i tessuti od isolino dalla circolazione generale frammenti di tessuto che cadono in necrobiosi e vengono invasi dai batteri; infine, 5° che lo stesso comportamento si osserva se, insieme ai batteri lavati del tetano, si inoculano batteri banali, capaci di annullare le difese dell'organismo, in particolare di provocare un chemotropismo negativo nei leucociti.

Venne anche rilevato dal Vincent che analogamente ai batteri del tetano si comportano le loro spore.

Queste ricerche sono state ora riprese ed estese da W. E. Bullock e W. Cramer, i quali hanno comunicato i loro risultati alla Reale Società di Medicina di Londra (20 febbraio 1919).

Essi hanno assodato che i bacilli lavati del tetano e della gangrena gassosa (*B. welchii, B. œdematiens*, vibrione settico), se iniettati nell'organismo, scompaiono rapidamente; così pure le loro spore: il potere batteriolitico e la fagocitosi ne hanno presto ragione.

Se però vengono anche iniettate alcune sostanze chimiche, l'azione patogena si ridesta in tutta la sua violenza.

Attivissimi nel ridestare il potere tossi-infettivo si sono dimostrati i sali ionizzabili di calcio, mentre invece sono stati inerti i cloruri di potassio, di sodio, di ammonio, di stronzio, di magnesio.

Un fatto interessante è stato messo in luce, cioè non occorre il contatto tra i batteri ed i sali di calcio: la riattivazione dei batteri ha luogo anche se la soluzione del sale viene iniettata prima o dopo, nello stesso sito o a distanza.

Da questa e da altre esperienze deriva la conclusione che i sali di calcio, comunque introdotti nell'organismo, determinano *nella sede in cui sono introdotti i germi del tetano o della gangrena gassosa, un'alterazione tale da abbattere il meccanismo difensivo dell'organismo* e da rendere possibile l'infezione.

Gli AA. propongono il termine di KATAFILASSI per denotare questo comportamento, nuovo nella scienza.

Gli AA. hanno dimostrato che la katafilassi viene determinata anche da estratti sterili di terra. Dapprima avevano pensato che quest'azione fosse dovuta alla presenza di sali di calcio; ma poi si sono dovuti ricredere e convincere che intervengono sostanze chimiche non ancora definite.

L. V.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1088) *Pomata di Ehlers contro la scabbia.* — All'abb. 1283:

Soluzione di fegato di zolfo al 33 1/2 %	gr.	375
Vaselina gialla . . .	ana gr.	225
Lanolina anidra . . .		
Benzaldeide	»	5
Idrossido di zinco . .	q. b. per gr.	1000
Olio di vaselina . . .		

r. s.

(1089) *Trattati e giornali per l'ufficiale sanitario.* — All'abb. n. 8948:

Non esiste un periodico per l'ufficiale sanitario; le questioni che possono interessare questo, vengono trattate nei periodici di igiene (Annali di igiene, Roma, via Palermo 58 – Giornale della R. Società Ital. di Igiene, Milano, via S. Paolo 10 – L'Igiene moderna, Genova, via A. Bertani 5).

Per l'igiene generale, il Manuale dell'Igienista, diretto dal Celli (Unione tip. edit. Torinese) può servire bene; ve ne sono altri fra cui il Pagliani, il De Giaxa, ecc. Per l'igiene sociale: Duclaux, L'igiene sociale (Bocca Torino) e la serie di mono-

grafie edite da F. Vallardi sotto il nome di Trattato di medicina sociale. Come periodici: Il Ramazzini (Firenze; temporaneamente sospeso), la Medicina Sociale (Napoli, S. Lucia 20) e l'Igiene Sociale (Roma, via P. Amedeo 42); Social Hygiene, New York, West Fortieth St. 105; ecc.

Periodici di batteriologia: Annales e Bulletin de l'Institut Pasteur, Parigi, Masson; Review of Bacteriology, Londra, Whitefriars St. 36-38; Journal of Pathol. a. Bacter., Cambrigde, Path. Laboratory, Museums; Revista de Bacteriologia e Higiene, La Paz (Bolivia); Abstracts of Bacteriology; ecc. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

N. SAMAJA. *I tumori dell'esofago*. Milano, Soc. Ed. Libraria, 1918. Lire 10.

I tumori maligni (primitivi e secondari), e i tumori benigni, sono dall'A. trattati nel bel volume della Società Libraria, dapo brevi nozioni della storia dell'argomento sull'anatomia e sulla fisiologia dell'esofago.

La trattazione dell'argomento comprende nozioni etiologiche ed anatomo-istologiche, è diffusa nella parte clinico-diagnostica e curativa. Ingrato argomento nella nebulosità che circonda ancora l'origine dei tumori, nella incertezza dei sintomi precoci del tumore dell'esofago, nella esasperante negatività della cura.

Se pure non è compenso pratico di soddisfazioni l'indagine su un tale argomento, nel libro del Samaja si trova quanto è nelle attuali conoscenze per facilitare l'indagine diagnostica dei tumori esofagei; opera utile dunque agli studiosi che vogliano « consultare su tale argomento la esperienza clinica delle ultime generazioni ».

Uu accuratissimo completo indice bibliografico chiude il lavoro.

t. p.

P. GILBERTI. — *Chirurgia di guerra*. Un volume in-8° di 137 pag. con tavole. - Istituto italiano di arti grafiche, Bergamo.

L'A. espone in questa memoria le sue osservazioni personali raccolte sopra l'abbondante materiale di 15,000 feriti da lui curati in tre anni di servizio. Ha fatto 2446 operazioni, fra cui sono numerosi gli interventi sul cranio ed alquanto meno quelli sull'addome.

Espone in modo particolareggiato, accompagnandoli con nitide fotografie, i casi più importanti (fra cui notiamo un'ernia addominale traumatica) assurgendo poi ad interessanti considerazioni generali sulla tecnica di atti operativi, sull'anestesia, sul trattamento delle ferite, sui rapporti fra chirurgia e radeblogia, sul ricupero del materiale di medicazione, ecc.

r. s.

BILANCIONI PROF. GUGLIELMO. — *Un anno di oto-rino-laringoiatria in zona di guerra*. Un volume in-8° di 248 pag. con fotoincisioni. - Tipografia « Le Massime », Roma. Prezzo lire 5.

L'importanza della oto-rino-laringoiatria è stata messa in piena luce dalla guerra, durante la quale si è ritenuto necessario istituire dei riparti per la specialità, riparti che si sono dimostrati utilissimi, sia per la grande frequenza con cui si sono verificate affezioni e lesioni di queste vie, sia per l'insufficienza di cognizioni, che spesso i medici hanno in questo campo e che permette dei madornali errori di diagnosi.

Addetto alla direzione di uno di tali riparti (l'unico in grande efficienza nella IV Armata), l'A. ha avuto una sovrabbondanza di materiale (basti accennare che vennero operate in pochi mesi 300 mastoidi), che gli ha permesso di fare interessanti osservazioni, sia di traumatologia, sia di patologia propriamente detta: citiamo p. e. i fenomeni da scoppio, quelli commotivi-emotivi, le autolesioni, ecc.

Con la sua vasta coltura e con il suo acume di osservatore, l'A. ha saputo darci in questo libro, non un arido resoconto statistico, ma un lavoro pieno di vita, che riflette la sua infaticabile attività.

r. s.

VARIA.

Facilitazioni agli studenti di medicina in Francia. — « L'Epoca » reca la seguente notizia da Parigi in data 25 maggio:

Il Sottosegretario di Stato M. Louis Mourier ha decretato la riapertura della Scuola di Medicina Militare a Lione. Prossimamente vi saranno accolti 240 studenti ora sotto le armi. In favore di questi studenti soldati che si presentano agli esami in condizioni non troppo vantaggiose sono state adottate queste misure: si concede un punto a tutti gli studenti che sono stati in zona di guerra; cinque punti per una citazione all'ordine del giorno del reggimento; dieci punti per una citazione all'ordine del giorno della divisione o del corpo d'armata; trenta punti se il candidato è decorato della Legione d'Onore; dieci punti per ferite. E così un valoroso candidato, pur essendo digiuno di studî, potrà prendere la laurea *ad honorem*, con quanto vantaggio dei pazienti si può di leggeri immaginare.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il Convegno nazionale dei medici condotti.

Il Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici ha sospeso nel pomeriggio del 21 maggio i suoi lavori per dar modo all'Associazione dei Medici Condotti d'Italia di riunirsi in assemblea straordinaria per pronunziarsi su questioni comuni ad ambedue le classi.

La seduta è aperta dal dott. Martinelli, presidente dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti, e sono pure con lui alla presidenza il dott. Secchieri, il dott. Grandoni, il dott. Pellegrini, segretario generale, e il dott. Carobbio, cassiere.

Subito l'assemblea entra nell'esame dei mezzi di lotta per ottenere i miglioramenti che la classe medica da più tempo reclama. Le sue condizioni economiche sono infatti inferiori a quelle di altre categorie di professionisti e non rispondenti alle esigenze attuali della vita.

In merito si accende una ampia, animata, interessante discussione cui partecipano con efficaci discorsi i dottori: Ronconi di Cremona, Fatichi di Firenze, Camurli di Padova, Cordelli di Pavia, Percaccini di Verona, Belli di Arezzo, Ruzzini di Osimo, Braccini di Perugia ed altri.

Dalla discussione emerge la necessità di adottare mezzi di lotta uniformi per tutte le Sezioni dell'Associazione, ed in proposito il dott. Cupetta, presidente della Federazione delle Sezioni lombarde, informa che la Federazione stessa ha già iniziato l'azione con un memoriale inviato ai sindaci e coll'assicurarsi dai colleghi le dimissioni collettive.

A questo punto, accolti da una calorosa dimostrazione di simpatia, partecipano alla seduta i medici di Trento, dott. Guella, presidente della Camera Federale Sanitaria, Dal Rè, presidente dell'Associazione Medica Tridentina, e maggiore medico dott. Barone, ai quali il presidente rivolge un caldo saluto.

Il dott. Evoli di Reggio Calabria riassume la discussione dimostrando che solo con mezzi energici è possibile ottenere il riconoscimento dei propri diritti.

Un telegramma comunicato ora all'assemblea con cui s'informa dell'esito negativo ottenuto dai rappresentanti dei medici condotti della Provincia di Milano in un colloquio col prefetto di quella città produce penosa impressione e viva irritazione.

Se ne rende interpetre il dott. Ruzzini di Osimo rilevando tutta l'enormità del contegno tenuto dal prefetto di Milano e presentando il seguente ordine del giorno che viene approvato ad unanimità:

« I rappresentanti delle Sezioni Italiane della Associazione Nazionale dei Medici Condotti, riuniti a convegno in Roma, presa cognizione della indegna ripulsa opposta dal prefetto e dalla G. P. A. di Milano alle legittime richieste dei medici condotti di quella Provincia, reclamanti condizioni morali e materiali adeguate all'altezza della loro missione ed alle mutate condizioni della vita;

« considerando come tale repulsa suoni sanguinoso ed immeritato oltraggio alla più nobile tra le classi dei professionisti i cui membri fecero della loro vita apostolato non interrotto di abnegazione e di sacrificio, che durante la guerra sui campi delle battaglie cruente ed in mezzo al flagello delle epidemie micidiali passarono cadendo a centinaia vittime del dovere ma prestando impavidi e sereni l'opera benefica del conforto, della salute, della vita in mezzo al furiare della morte, protestano energicamente contro l'operato dell'autorità politica della metropoli lombarda ed inviano ai colleghi l'espressione della loro più alta simpatia e li incoraggiano a persistere, assicurandoli della loro piena ed incondizionata solidarietà in quella lotta eventuale che essi saranno per intraprendere a difesa dei loro sacrosanti diritti ».

Si approva poi, dopo discussione da parte dei dottori Cortelli di Aquila, le cui Sezioni hanno deliberato le dimissioni, Rezzana, Simonini, Fabi e Giannini il seguente ordine del giorno proposto dai dottori Vacino, Oliaro, Evoli, Belli, Camuzzi, Ronconi:

« Il Convegno dei rappresentanti delle Sezioni dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti, considerato che le condizioni fatte ai medici condotti già indecorose dalle necessità di vita attuali sono rese sempre più insopportabili, chiede perentoriamente:

« 1° l'immediata abolizione delle condotte piene;

« 2° miglioramento dei patti di condotta a seconda delle varie condizioni delle diverse Sezioni delle regioni d'Italia;

« 3° miglioramento delle pensioni;

« 4° riforma e revisione delle tariffe medico-legali e della recente legge sugli infortuni agricoli per quanto riguarda l'opera del medico,

« ed afferma la recisa determinazione di ricorrere anche all'abbandono delle condotte ove tale minimo di richieste non fosse immediatamente accettato ».

In ultimo il dott. Paride Fàbi, per evitare il krumiraggio e fronteggiare il cumulo degli incarichi, propone la costituzione di un Sindacato medico italiano che raccolga per categorie tutti gli esercenti l'arte sanitaria.

La proposta, cui si associa il dott. Cornelli, viene approvata con analogo ordine del giorno.

La laboriosa seduta si chiude coll'approvazione del seguente ordine del giorno del dottor Fatichi:

« L'assemblea dei medici condotti, constatato l'iniquità contenuta nel regolamento sugli infortuni agricoli che sancisce lo sfruttamento dell'opera del medico;

« delibera di esperire subito le vie legali e di promuovere un'agitazione estesa a tutte le categorie dei medici, al fine di ottenere una pronta modificazione del regolamento e in caso di rifiuto passare ai metodi di lotta più efficaci ».

Il Congresso Nazionale degli Ordini dei medici.

Seduta antimeridiana del 22 maggio.

Presiede il dott. Ballerini, coadiuvato dal dottor Secchieri.

In principio di seduta il dott. Martinelli riferisce sui lavori compiuti nel Convegno dei medici condotti e ne illustra gli ordini del giorno emessi, che l'assemblea attuale sanziona.

Gli ordini del giorno, in parte sopra riportati, riguardano il miglioramento dei patti di condotta, il miglioramento del trattamento di pensione, la decorosa condizione da farsi al medico fiduciario nella nuova legge per l'assicurazione contro le malattie, una protesta contro il trattamento fatto ai medici nell'attuale legge sugli infortuni agricoli.

Il dott. Polidori di Roma espone un progetto concreto di agitazione per la modificazione della legge sugli infortuni agricoli per ciò che riguarda le prestazioni mediche.

L'assemblea, dopo osservazioni in proposito del dott. Martinelli, approva la proposta di questi di rinviare lo studio dei metodi di agitazione allorchè sarà trascorso un termine perchè lo Stato possa procedere alle modificazioni richieste.

Il dott. Gandolfi, a nome della Commissione elettorale nominata dal Congresso, propone i candidati scelti per il nuovo Consiglio dell'Ordine.

Il prof. Silvagni ringrazia quindi la Commissione per la revisione dei conti, delle benevole parole a lui tributate e dà all'assemblea ampie e dettagliate notizie delle somme finora erogate per la sottoscrizione aperta tra i medici d'Italia per soccorrere i loro colleghi danneggiati durante la guerra. Dice che la sottoscrizione ha raggiunto, specialmente per largo contributo delle città di Milano e Genova, la somma di oltre 150 mila lire, cifra insufficiente per provvedere ai bisogni delle famiglie dei sanitari danneggiati. Consiglia perciò di tenerla tuttora aperta, incitando la maggioranza dei colleghi ad attestare la loro solidarietà col proprio contributo.

Tra la più viva commozione dei presenti addita all'ammirazione dei colleghi i rappresentanti delle terre redente: dott. Barone, che disertando dall'Austria si arruolò nel nostro esercito; dottor Guella, internato in Austria per tutto il tempo della guerra, ed il cui figliuolo, arruolatosi nel nostro esercito, trovò gloriosa morte in combattimento; dott. Dal Rè, che ebbe dal Governo austriaco la moglie condannata a morte e la figliuola sedicenne a 5 anni di carcere.

L'assemblea unanime manifesta ai medici redenti la propria simpatia con calorosi applausi.

Dopo nobili parole di ringraziamento pronunziate dal dott. Dal Rè, fanno proposte concrete, circa l'erogazione dei fondi, i dottori Gandolfi, Fatichi, Guidone, Salpietra ed altri, ai quali replica il prof. Silvagni, cui l'assemblea rinnuova con applausi la propria simpatia e riconoscenza per l'opera compiuta.

Si delibera, su proposta Salpietra, di elevare al numero di 20 i consiglieri della Federazione degli Ordini per includervi i rappresentanti di Trento, Trieste e Fiume. (*Vivi applausi*).

Seduta pomeridiana del 22 maggio.

In questa seduta, presieduta dal dott. Ballerini, prende la parola il dott. Fatichi di Firenze, che illustra una serie di provvedimenti a tutela dei legittimi interessi dei medici reduci dal servizio di guerra.

In merito il prof. Silvagni propone alcuni emendamenti ai quali l'assemblea fa completa adesione.

Il dott. Casati di Ferrara richiama a questo punto l'attenzione del Congresso sul fatto vergognoso che nella Zona di guerra siano tuttora tenuti aperti degli ospedali da campo ove vengono trattenuti, sotto lo specioso pretesto di essere sottoposti a visite collegiali, militari completamente guariti e ciò al solo scopo recondito di mantenere in servizio colonnelli e generali medici che attingono dallo Stato lauti stipendi e rilevanti assegni.

L'assemblea conferma col proprio assentimento il fatto denunciato.

Si approva quindi un ordine del giorno Alberti di Pesaro, così concepito:

« La Federazione fa voti che nei prossimi concorsi sia resa obbligatoria la presentazione del servizio militare compiuto durante la guerra per tutti i medici che allo scoppio della guerra stessa erano in età da essere obbligati al servizio mi-

litare e che a tale stato di servizio sia dato il massimo valore ».

L'assemblea si associa poi alla proposta del dott. Fatichi per un premio di smobilitazione agli ufficiali medici volontari della Croce rossa appartenenti a classi precedenti al 1870.

Il dott. Angelini-Paroli espone una serie di inconvenienti verificatisi in confronto di categorie di medici nella Sanità militare. Conclude invitando il nuovo Consiglio a provocare dalle Autorità competenti i provvedimenti necessari.

Il dott. Perraccini di Verona presenta e l'assemblea approva un ordine del giorno che chiede la pensione minima di lire 3000, esprimendo il concetto che i medici siano obbligati ad un maggiore contributo che dovrà essere doppio per gli Enti. Si richiedono inoltre miglioramenti per gli attuali pensionati; e che gli anni di servizio militare siano computati il doppio.

Il dott. Sacchetto di Vicenza chiede che per i medici che prestarono servizio anche civile in zona di operazione gli anni di guerra siano calcolati il doppio.

Sempre a proposito di pensioni fanno proposte varie: Piazza di Siracusa, Salpietra di Palermo, Licastro di Napoli, Silvagni di Bologna, Talarico di Salerno ed altri.

Guidone di Napoli sostiene la necessità di un Ministero della Sanità. La proposta viene demandata al Consiglio.

Si approvano ordini del giorno: Guidone-Talarico, riguardante le tariffe giudiziarie; Piazza-Salpietra, relativo alla Cassa pensioni per liberi esercenti.

Il dott. Braccini proclama l'esito della votazione delle nuove cariche, alle quali risultano eletti: presidente, prof. Silvagni; consiglieri: Ballerini, Roma; Bentivegna, Palermo; Boccasso, Torino; Braccini, Perugia; Clari, Macerata; Cappelletti, Venezia; on. Dore, Sassari; Ferrari, Pisa; Licastro, Napoli; Mandragora, Bari; Martinelli, Sondrio; Poli, Genova; Paris, Chieti; Romano, Catanzaro; Secchieri, Lendinara; Domenichini, Bologna.

Tutti gli eletti vengono applauditi e specialmente il prof. Silvagni, il quale è fatto segno ad una prolungata ovazione.

Il prof. Silvagni pronunzia un elevato discorso per ringraziare l'assemblea della rinnovata fiducia in lui riposta col riconfermargli l'onere della responsabilità della nuova elezione. Saluta coi colleghi del passato Consiglio i nuovi eletti e confida nell'opera illuminata del prof. Simonetta come rappresentante degli Ordini dei Medici nel Consiglio Superiore di Sanità.

Termina incitando i colleghi a sorreggere il nuovo Consiglio colla loro opera e sopratutto coi mezzi finanziari adeguati alla vastità del programma che la Federazione si propone di svolgere nell'interesse della classe in perfetta armonia con quello della Nazione. (*Vivissimi, unanimi applausi*).

Segue il prof. Simonetta per compiacersi della votazione plebiscitaria ottenuta dal prof. Silvagni, cui rivolge nobili parole di ringraziamento, assicurando di consacrare alla classe tutto il fervore della sua attività.

Anche il prof. Simonetta riscuote unanimi applausi.

Pronunzia infine un applaudito discorso di congedo il dott. Ballerini, che proclama eletti a far parte della Federazione i rappresentanti di Trento, Trieste e Fiume, il che provoca una calorosa ovazione.

Il Congresso quindi si chiude con discorsi di saluto dei dott. Guella di Trieste, Casati, Secchieri, Campi, Poli, Piazza, Giannini, Chiodi ed altri, tutti applauditissimi.

Congresso dei sanitari addetti alla vigilanza igienica.

Come avevamo annunziato, questo Congresso ha avuto luogo nei giorni 23 e 24 maggio.

Ne daremo il resoconto nel prossimo fascicolo.

I medici condotti piemontesi e liguri.

Il 15 maggio si tenne a Torino — auspici i dottori A. Vacino e Mattioli-Bertacchini, pionieri dell'organizzazione sanitaria — un Convegno fra i medici condotti piemontesi e liguri, per reclamare miglioramenti dai Comuni e dal Governo. Erano rappresentate le Sezioni di Alba, Alessandria, Asti, Biella, Ivrea, Aosta, Casale, Chivasso, Ciriè, Cuneo, Moncalieri, Mondovì, Novara, Novi, Tortona, Domodossola, Pinerolo, Saluzzo, Torino, Valsesia, Verbanese, Vercelli, Genova, Portomaurizio. Fu chiamato a dirigere i lavori, al banco della presidenza, il prof. Boccasso.

Fra i varii argomenti svolti e discussi è da segnalare quello trattato magistralmente dal dottor Vacino *Sui miglioramenti pel servizio di condotta in relazione alle nuove condizioni della società ed al costo della vita*. Furono anche trattati i seguenti temi: *L'assicurazione obbligatoria contro le malattie; Le modificazioni al Regolamento per gli infortuni agricoli*. Infine si discusse sui mezzi più idonei per esperire una *azione efficace verso le Autorità*; al quale proposito fu nominata una Commissione Esecutiva (dottori Garzino, Mattioli-Bertacchini, Maffei e Oliaro), cui fu affidato anche l'incarico di concretare lo Statuto per costituire la vagheggiata Federazione fra le Sezioni Liguri-Piemontesi.

Le richieste dei medici degli ospedali di Milano.

L'Associazione fra i medici ospitalieri di Milano, ora ricostituita, ha preso in esame i problemi che si riferiscono ai rapporti fra amministratori e sanitari dell'O. M. di Milano, ed ha presentato, a mezzo dei propri rapresentanti, i desiderata dei funzionari medici.

Si è domandato:

1° Conglobamento nello stipendio base degli attuali aumenti stabiliti dalla legge;

2° Raddoppiamento degli stipendi così conglobati con effetto dal 1° gennaio 1919:

Medico direttore, lire 25,500 e alloggio; medico vice-direttore, lire 20,000; medici ispettori, lire 15,750; primarî, lire 10,000; dirigenti, lire 9500; vice-primarî, lire 8750; aiuti, lire 7750; assistenti (e medici supplenti), lire 6500; capo guardia, lire 16,750.

Per gli altri funzionari si domandano aumenti in relazione colle richieste sopraindicate.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7795) *Servizio profughi - Aumento di stipendio - Pensioni.* — Dott. P. C. da P. — Le lire 300 mensili che riceveva a mezzo della Prefettura per il servizio sanitario che prestava ai profughi di guerra non rappresentavano uno stipendio ma una indennità, tanto è ciò vero che Ella non avea ricevuta all'uopo alcuna nomina regolare, nè il posto era previsto in pianta organica. Su di esse, quindi, non possono essere accordate nè la indennità caro-viveri, nè l'aumento concesso col D. L. del febbraio 1918. Essendo stato infermo di influenza, molto probabilmente contratta in dipendenza del servizio non avrebbe dovuto essere sottoposto ad alcuna ritenuta sulla indennità, che mensilmente riceveva. Informi del fatto il Prefetto della Provincia pel caso possa anche ora rimborsarla del danno sofferto. Avendo aderito alla Cassa di previdenza anteriormente alla promulgazione della legge del 2 dicembre 1909, ha diritto al riconoscimento gratuito di quindici anni di servizio prestati prima del 1 gennaio 1899. Sicchè Ella avrebbe al suo attivo oltre i 15 anni predetti, altri 10, quanti cioè ne sono corsi dal 1909 ad oggi. In tutto anni 25, i quali, tenuto conto dell'età indicata, danno luogo alla pensione annua di lire 1642. Con 28 anni di servizio e 70 di età, avrebbe lire 2518.

(7796) *Servizio interinale - Pensioni.* — Dott. G. P. da T. — Il servizio interinale è calcolato solo per accelerare l'acquisto del diritto alla pensione, ma non nella determinazione della pensione stessa. Non è possibile al riguardo alcun riscatto.

(7797) *Indennità caro-viveri - Aumento di stipendio.* — Dott. B. S. da G. Ella ha perfettamente ragione. La indennità caro-viveri concessa agli impiegati municipali col D. L. del 9 marzo ultimo, n. 338, non annulla gli aumenti di stipendio eventualmente concessi e debitamente approvati in precedenza. Sono due cose perfettamente distinte e debbono essere concesse entrambe a coloro che si trovano in condizione di averne il diritto. Qualora il Comune pensi diversamente, può ricorrere, in primo tempo, al Prefetto della Provincia ed, in caso di infruttuoso esito, può anche adire la competente autorità giudiziaria.

(7798) *Indennità caro-viveri - Aumento di stipendio.* — Dott. L. P. da L. — Poichè nella pianta organica comunale è compreso un solo posto di medico condotto non è possibile accordare l'aumento di stipendio e l'indennità caro-viveri ad ognuno dei medici che attualmente suppliscono il servizio, che esercitava il defunto collega. Ad uno solamente di essi può competere tanto l'uno quanto l'altro emolumento, salvo dividerselo fra di loro in parti eguali.

(7799) *Medici ospedalieri - Aumento di stipendio - Indennità caro-viveri.* — Dott. G. C. da R. — Nessuna legge o D. L. autorizza le Opere Pie a concedere ai propri dipendenti l'aumento di stipendio o l'indennità caro-viveri. Ritenendo, però, doveroso provvedere a migliorare le condizioni economiche anche di tale classe di professionisti, riterremo opportuno che fosse, con reclamo, richiamata sul fatto l'attenzione della Commissione provinciale di beneficenza per quelle provvidenze di ufficio che nella propria competenza ritenesse adottare o, almeno, suggerire alle dipendenti Pie istituzioni.

(7800) *Passaggio a condotta di città.* — Dott. P. C. da C. — Poichè durante l'interinato non ha versato alcun contributo alla Cassa pensione comunale, il periodo utile per la pensione stessa decorre dal 31 maggio 1889 e, quindi, ai termini del capitolato in vigore, deve rimanere in carica fino al 31 maggio 1921. Non sembra dubbio che abbia diritto, come il più anziano, alla promozione optando per la condotta della città. Il deliberato consigliare con cui si provvedesse diversamente, può essere impugnato per violazione di legge (nel caso, capitolato) in sede giurisdizionale innanzi la Giunta Provinciale amministrativa ai termini dello articolo 2, n. 2 della legge del 17 agosto 1907, n. 639.

(7801) *Aumento di stipendio - Indennità caro-viveri.* — Dott. V. S. da T. — Dal quesito proposto emergono chiaramente le seguenti circostanze e, cioè:

1) che il titolare della condotta andò in pen-

sione nel 1917 e che, quindi, il posto che Ella provvisoriamente ricopre, è privo di titolare; 2) che il posto stesso è compreso nella pianta organica, debitamente, a suo tempo, approvata; 3) che a tutti gli altri impiegati comunali, tranne che al medico, è stato concesso l'aumento di stipendio e l'indennità caro-viveri; 4) che Ella fu nominato provvisoriamente al posto di condotta per chiamata diretta dal sindaco. Ciò posto, a Lei compete tanto l'aumento di stipendio, quanto la indennità caro-viveri, perchè si trova nei precisi termini stabiliti dai D. L. che li concedettero, i quali nello accordarli ai medici condotti *in temporaneo servizio,* richiesero come condizione solamente quella che fossero nominati a posti compresi nella pianta organica e privi di titolare. Non può, però, aspirare alla stabilità perchè questa non si acquista mai da chi non fu nominato con regolare nomina a seguito di pubblico concorso.

(7802) *Miglioramenti economici.* — Dott. O. F. da B. — Stando alle norme attualmente in vigore per il miglioramento economico dei medici condotti, non influisce alla attuazione dei relativi provvedimenti l'ammontare dello stipendio, di cui si usufruisce. Indipendentemente da tale elemento si può ottenere l'aumento previsto dal D. L. del 10 febbraio 1918, se esso fu concesso dal Consiglio comunale e debitamente approvato dalla Autorità tutoria. Tale aumento consisterebbe nel 30 per cento sulle prime 2000 lire, nel 15 per cento sulle seconde, del 10 per cento sul rimanente: in tutto, nel suo caso, in lire 980. A prescindere da tale percentuale ogni medico condotto ha diritto alla indennità caro-viveri concessa dal D. L. del 9 marzo ultimo, n. 338, consistente in lire 100 o 65 al mese a seconda dello stato civile dell'impiegato e in centesimi 85 per ogni figlio minore convivente ed a carico, oltre i primi tre.

(7803) *Indennità caro-viveri ed aumento di stipendio - Consorzio medico.* — Dott. C. F. da B. — Alla indennità caro-viveri in lire 24 mensili ebbero diritto i medici condotti provvisti di stipendio non superiore alle lire 4500 annue, dal 1 luglio 1917 al 31 dicembre 1918, in base al D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181. Dal 1 gennaio 1918 i detti medici hanno perduto tale indennità ma hanno, invece, acquistata l'altra di lire 100 mensili se ammogliati o di lire 65 se celibi, oltre centerimi 85 al giorno per ogni figlio minorenne ed a carico, oltre i primi tre, e ciò per effetto del D. L. del 9 marzo 1919, n. 338. Allo aumento del 30 per cento portato dal D. L. del 10 febbraio 1918 si ha diritto dal giorno che viene fissato nella relativa deliberazione consigliare con cui viene concesso. Tali aumenti od indennità debbono essere pagate dal Comune capo-consorzio, salvo regresso verso gli altri Comuni consociati per la parte che, in proporzione degli stipendi che ognuno di essi corrisponde, loro compete. Per ottenere le indennità che sinora sono scadute dopo avere infruttuosamente esperite pratiche bonarie con le amministrazioni comunali e col Prefetto, può adire anche l'ordinaria competente autorità **giudiziaria.**

(7804) *Indennità caro-viveri.* — Dott. V. G. da M. M. — Premesso che nel D. L. 9 marzo ultimo, n. 338, è detto esplicitamente che per gli impiegati provvisti di stipendio mensile inferiore a lire 100, l'indennita caro-viveri non potrà sorpassare tale somma, ripetiamo che, a costituire le lire 100 debbono concorrere lo stipendio primitivo dell'impiegato ed ogni altro qualsiasi successivo aumento in qualunque modo ottenuto. Il D. L. succitato non dice *al netto, ecc.,* come Ella asserisce, e come pare vogliano sostenere codeste locali autorità. Se lo stipendio primitivo ed i succesivi aumenti sorpassano la somma di lire 100, è dovuta l'indennità regolare e non quella ridotta. L'aumento di stipendio portato dal D. L. del 10 febbraio 1918 si applica sullo stipendio che si godeva all'atto dell'attuazione del decreto stesso. E poichè Ella in quel momento godeva già l'aumento deliberato in suo favore di ufficio dalla G. P. A., è naturale che sul maggiore assegno doveva essere calcolato il 30 %.

(7805) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. M. M. da P. C. — Dal giorno in cui lasciò il servizio civile nella sua condotta per recarsi in zona di guerra, ha diritto al pagamento dei due mesi di stipendio intero da parte dell'amministrazione municipale, dovendosi considerare come in quel tempo avvenuta la sua effettiva chiamata sotto le armi.

(7806) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. A. A. da P. — Ai medici condotti che vengono collocati in congedo dopo avere adempiuto agli obblighi militari, non competono due mesi di stipendio.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI

ALBO D'ORO.

CROCE DI GUERRA.

Parente cav. dott. Ferdinando, maggiore medico (2ª Croce di guerra conferitagli); Cortesini Guido, aspirante medico.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Per l'igiene industriale.

Con decreto legge in corso di pubblicazione, su proposta del ministro Ciuffelli, è provveduto all'igiene del lavoro nell'industria, nell'agricoltura e nel commercio. Questo provvedimento, che colma una lacuna più volte lamentata della nostra legislazione sociale, autorizza il Ministero per l'industria, commercio e lavoro ad emanare un regolamento generale applicabile a tutte le aziende, e regolamenti speciali per singole industrie, allo scopo di tutelare la salute degli operai e degli impiegati contro le cause che possono rendere insalubre o novivo il lavoro a cui sono addetti.

Il regolamento generale sarà formulato da una Commissione composta di rappresentanti del Consiglio superiore del lavoro, del Comitato tecnico dell'agricoltura, del Consiglio superiore di sanità, della Associazione degli industriali per la prevenzione degli infortuni, delle Cliniche del lavoro, oltre ai rappresentanti, in pari numero, degli esercenti e dei lavoratori scelti fra quelli che compongono il Consiglio superiore del lavoro. I regolamenti speciali saranno redatti da commissioni composte come la precedente, con la differenza che i rappresentanti di classe saranno indicati dalle rispettive organizzazioni. Tanto il regolamento generale, quanto i regolamenti speciali, saranno poi approvati con decreto reale, sentiti il Consiglio superiore del lavoro ed il Consiglio superiore di sanità.

L'Ispettorato medico dell'industria e del lavoro ha raccolto tutta la legislazione igienica sanitaria del lavoro vigente all'estero e ne ha curato la traduzione e l'esposizione ordinata in un volume pubblicato dalla direzione generale del lavoro, che sarà di grande aiuto nella preparazione dei regolamenti.

Comitato centrale antitubercolare.

Sotto la presidenza del sen. prof. Golgi si è riunito in Roma, per la prima volta, il Comitato centrale antitubercolare.

Il Direttore della Sanità ha riferito circa la smobilitazione militare e civile degli Istituti di cura e ha fatto comunicazioni intorno alla parte amministrativa interna. Ha accennato ai mezzi pratici di propaganda scolastica igienica in città e in campagna; ha presentato uno schema per la rilevazione delle opere antitubercolari nelle varie Provincie ed ha affermato la necessità del rilevamento dei militari ed ex militari tubercolosi, a mezzo di schede.

Fu deliberato che tutta l'azione militare e civile della Croce Rossa debba svolgersi coordinatamente sotto la sorveglianza del Comitato Centrale antitubercolare.

Circa il tipo di dispensario più conveniente fu accettato in massima il tipo piccolo.

Relativamente alla preparazione del personale specializzato, fu nominata una Commissione composta dei professori Maffi, Sforza e Baduel, con l'incarico di presentare quanto prima un programma organico.

Igiene delle bevande e degli alimenti.

Il Ministero dell'Interno, Direzione Generale della sanità pubblica, Ufficio affari generali, ha diramato ai signori Prefetti la seguente Circolare in data 14 aprile 1919, n. 20900-32:

« Già durante la guerra, questo Ministero si è in particolare modo occupato, come di cosa di particolare interesse, delle frodi con troppa frequenza perpetrate nel commercio dei generi alimentari; frodi che le anormali condizioni del momento, con la deficienza di ciascun prodotto, la analoga mancanza di prodotti di surrogazione e l'aumentata domanda di ciascuno, hanno concorso a rendere più gravi e più frequenti che in passato, con sempre crescente pericolo dell'integrità fisica della popolazione.

« I recenti avvenimenti, data la persistenza delle difficoltà alimentari, di fronte alla sminuita sensazione della necessità di una severa disciplina di vita individuale e collettiva che lo stato di guerra aveva creato nella coscienza generale del paese, e sulla quale potevasi contare come freno efficace alle manifestazioni di un eccessivo spirito di speculazione, non hanno certo migliorata la situazione.

« In vista di questa, a rendere possibile un maggior conseguimento di quei fini che in non soddisfacente misura hanno sinora assicurato le disposizioni di massima ripetutamente impartite dal Ministero per ottenere l'esercizio, da parte degli organi locali competenti, della più attiva ed oculata opera di vigilanza, azione che risulta realmente spiegata dagli uffici locali di igiene e in genere dagli uffici sanitari e dal personale dipendente e le numerose sentenze di condanna, prova materiale di quell'attività, pronunciate in materia dalla autorità giudiziaria, è ora intervenuto il decreto Luogotenenziale 16 febbraio 1919, n. 339, pubblicato nel n. 72 della *Gazzetta Ufficiale* del Regno del 25 marzo 1919.

« Questo consta di due ordini di disposizioni;

« Al primo appartengono l'art. 1 il quale aggrava le pene pecunarie stabilite nell'ipotesi dell'art. 114 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con Regio decreto 1° agosto 1907, n. 636, e l'art. 3, che rende applicabile alle contravvenzioni, delle

quali è caso, le disposizioni speciali, così quanto a sanzioni come quanto a procedura, vigenti per le contravvenzioni alle norme concernenti il commercio dei generi alimentari, e portate dai titoli V, VI e VII del decreto Luogotenenziale 6 maggio 1917, n. 740, e dei decreti Luogotenenziali 18 aprile 1918, n. 497, e 21 novembre 1918, n. 1745.

« Fa parte a sè l'articolo 2 di detto decreto, il quale viene a colmare una lacuna esistente nelle norme in vigore nei riguardi del regime igienico sanitario del latte condensato messo in vendita diluito: lacuna che le anormalità delle condizioni alimentari hanno messo sempre più in rilievo in questi ultimi tempi in relazione all'uso sempre crescente di tale prodotto.

« Di fatti, per l'art. 26 del Regolamento speciale per la vigilanza igienica, approvato con Regio decreto 3 agosto 1890, n. 7045:

« *a*) è adulterato il latte annacquato;

« *b*) si considera come avente aggiunta di acqua il latte che contenga una quantità di grasso e di residuo magro inferiore ai limiti stabiliti, in base a molte prove di stalla, dai Regolamenti locali di igiene.

« Questi criteri sono inapplicabili al latte diluito, che può dirsi annacquato per definizione, date le modalità della preparazione, e per il quale, come è ovvio, non può parlarsi di prove di stalla.

« Di qui la necessità di una norma apposita che contenesse la determinazione della percentuale minima di grasso da pretendere nel latte condensato o comunque preparato, messo in vendita diluito.

« A tale determinazione provvede appunto il cennato art. 2 del decreto Luogotenenziale 16 febbraio, n. 339, tenendo per base il valore minimo di sostanza grassa stabilita per il latte naturale dalla maggior parte dei regolamenti di igiene dei nostri Comuni.

« Esso completa così il regime igienico sanitario di quella, fra le sostanze alimentari nel cui commercio si sono avute e si hanno a lamentare particolarmente frequenti le frodi, delle quali è, per giunta, da deprecare, in modo particolare, il pregiudizio per la pubblica salute, in dipendenza delle particolari circostanze di età, debolezza fisica, malattie nelle quali si trovano le persone alle quali la deficienza del prodotto ha per necessità di cose limitato il consumo del prodotto stesso: il latte.

« Ond'è che, come la stessa comprensione nel decreto dell'art. 2 serve ad indicare, il decreto stesso può ritenersi emanato sovratutto avendo di mira le speciali condizioni del commercio del latte e la indilazionabile necessità di reprimerne efficacemente gli abusi.

« Con tali chiarimenti, si segnalano le nuove disposizioni alla particolare attenzione delle SS. LL. con la più viva preghiera di curarne la pronta rigorosa applicazione.

« *Pel Ministro*
BONICELLI ».

MEDICINA SOCIALE.

Tutela della maternità ed assicurazioni sociali.

Il Fascio Nazionale Femminile dopo una conferenza tenuta dal prof. Emilio Alfieri sull'assicurazione per la maternità, su proposta dell'oratore, ha votato a Milano, il giorno 6 maggio 1919, il seguente ordine del giorno:

« Il Fascio Nazionale Femminile

« considerando,

« che un'efficace protezione della maternità e dell'infanzia è cardine e base di ogni razionale profilassi sociale, come mezzo atto ad assicurare la nascita e lo sviluppo di individui sani e robusti, ed a ridurre di conseguenza il gravame ed il danno del ricovero e del mantenimento di tanti esseri inabili, deformi, deficienti, alienati e comunque inutili a loro stessi e di danno alla società, non che a limitare la frequenza di svariate malattie, menomanti la produttività individuale e collettiva, è dispendiosa per necessità di cure, degenze e sussidî,

« fa voti:

« 1°) che lo Stato con opportune modificazioni alla legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli provveda a sottoporre a sorveglianza e controllo tutte le donne lavoratrici, per escludere da ogni lavoro faticoso od insalubre le donne gestanti ed allattanti per tutta la durata della gravidanza e dell'allattamento, e per limitare loro progressivamente la giornata di lavoro a partire dal sesto mese di gravidanza, fino a prescrivere un periodo di assoluto riposo di almeno otto settimane, delle quali quattro settimane prima e quattro dopo l'espletamento del parto, senza che per esso consegua interruzione alcuna del contratto di lavoro;

« 2°) che venga per legge sancito l'obbligo per ogni madre di allattare il proprio bambino, fatta solo eccezione per i casi di reale impossibilità o controindicazione, accertati con visita medica;

« 3°) che il controllo sull'allattamento mercenario venga esercitato, non solo per accertare l'idoneità della nutrice all'allattamento o l'immunità sifilitica di lei e del lattante a lei affidato, ma anche per assicurare che la nutrice stessa abbia in precedenza provveduto in modo soddisfacente all'allevamento del suo bambino;

« 4°) che nell'elaborazione in corso del progetto di legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie si comprenda in esso anche l'assicurazione

obbligatoria per la maternità, allo scopo di sopperire con un adeguato sussidio al forzato riposo di gravidanza e di puerperio, alle spese del parto ed alle prime necessità del neonato;

« ma, tenuto conto, che la semplice corrisposta di un sussidio in denaro riuscirebbe certamente inefficace ai fini di una razionale puericultura prò-e post-natale,

« fa voti ancora:

« che, pur inglobando nell'erigendo *Istituto Nazionale delle Assicurazioni Sociali* l'assicurazione di maternità per quanto riguarda l'esazione di un premio unico e la gestione finanziaria del patrimonio comune, l'erogazione dei sussidî di gravidanza e di puerperio venga però fatta per mezzo di particolari *Comitati per la tutela della maternità e dell'infanzia*, da aggregare agli *Istituti provinciali di previdenza sociale*, organi esecutivi dell'Istituto nazionale. A tali Comitati spetterà pure col concorso degli Enti pubblici (provincie, comuni, congregazioni di carità) e delle istituzioni benefiche aventi affinità di scopi, oltre che colle oblazioni dei privati cittadini e coi proventi di eventuali nuove tasse, come quella sui celibatari e sulle famiglie senza prole, di organizzare ed esercitare un'opera attiva, completa ed organica di assistenza, che provveda alla vigilanza igienico-sanitaria, alla assistenza ostetrica ed alla tutela morale della donna gestante ed allattante e del suo bambino, nonchè a venir loro in aiuto con premi e sussidî di allattamento, e colla somministrazione di alimenti, latte, medicine e ricostituenti. Nucleo centrale dei Comitati locali, funzionanti in modo autonomo sotto il controllo e secondo le direttive emanate dallo Stato, potranno essere le Istituzioni locali di assistenza alla maternità ed all'infanzia eventualmente già esistenti, raggruppate e coordinate allo scopo comune ».

NOTIZIE DIVERSE.

L'Unione Nazionale dei Medici Italiani e il professore Grossich.

L'illustre e valoroso prof. Grossich, presidente del Consiglio Nazionale di Fiume, ha risposto in questi sensi ad un caldo saluto augurale inviatogli a nome della Sezione Laziale dell'Unione:

Fiume, 19 maggio 1919.

Chiarissimo dott. Lucangeli,

« Dica all'Unione Nazionale dei Medici Italiani tutta la mia gratitudine.

L'Italia sta sul punto di fare enormi sacrifizi per la salvezza di Fiume.

No! l'umiliazione d'Italia coprirebbe Fiume di vergogna: alla vergogna Fiume preferisce la morte.

Devotissimo

F.to: dott. ANT. GROSSICH ».

Beneficenza.

Il sig. Luigi Pisa, noto industriale di Ferrara, ha donato L. 200,000 in favore dell'Ufficio Marino e Montanino di Ferrara, intestando la generosa erogazione alla memoria del figlio dott. Bruno, caduto per la grandezza della Patria.

Una « Colonia Elioterapica » a Torino.

Col largo concorso del Municipio e della Direzione di Sanità del Regno, è stata istituita a Torino una « Colonia Elioterapica » che accoglierà duecento ragazzi poveri d'ambo i sessi, di età fra 7 e 12 anni, figli (sani) di genitori tubercolotici (anche se morti). Ogni giorno feriale, dal 15 luglio al 15 settembre, verranno trasportati, colle tramvie municipali, alla sede della Colonia Profilattica Principessa Laetitia (Lucento), dove saranno sottoposti alla elioterapia e all'ipernutrizione, per ottenerne l'irrobustimento.

Libere docenze.

Da una statistica pubblicata dal prof. R. Gurrieri nel *Bullettino delle Scienze Mediche* di Bologna, risulta che durante il quinquennio 1912-1916 nelle 17 regie Università e negli Istituti e Scuole superiori regie furono autorizzate 1122 libere docenze, così ripartite: Giurisprudenza 97, Lettere e Filosofia 81, Scienze fisiche, naturali e matematiche 99, Medicina e Chirurgia 757, Ingegneria 45, Medicina veterinaria 30, Farmacia 12, Agraria una.

Le libere docenze in Medicina e Chirurgia sono così ripartite: 284 per titoli, 473 per esami.

Sulle 757 docenze, 248 sono comprese in due sole materie: patologia speciale medica dimostrativa e patologia speciale chirurgica dimostrativa.

Le materie puramente scientifiche, e quelle che danno guadagni incerti e saltuari, sono quasi completamente disertate.

Nel 1916 furono concesse 126 libere docenze per la Facoltà di medicina, di cui 79 per esame. Ciò segna una diminuzione di 69 rispetto al 1915.

Rassegna della stampa medica.

Americ. Journ. Med. Sciences, gen. WHITE: Prognosi delle malattie cardiache. — ARMSTRONG e OERTEL: Gastritis granulomatosa fibroplastica, cirrosi semplice infiammatoria dello stomaco, linitis plastica.

Ann. di Ostetr. e Gin., 1-2 FORNERO: La sorte del prodotto di parto pretermesso ed il sussidio diagnostico dei raggi ultravioletti.

Journ. Amer. Med. Assoc., 18 gen. NOGUCHI: Eziologia della febbre gialla. — SCOTT e a.: Eziologia dell'influenza.

La Pediatr., feb. PASTORI: Chemioterapia della leishmaniosi interna.

Ann. di Odontoi., 1 feb. BILANCIONI: Tubercolosi del seno mascellare. — CHIAVARO: Ferite dei mascellari e complicazioni che le accompagnano.

Bull. Ac. de Méd., 21 gen. AUTRIC: Reazione di Herxheimer da chinino nei malarici. — 28 gen. MENETRIER: Broncopolmonite da bacillo di Pfeiffer.

Gaz. d. Hôp., 1 feb. CHABROL e BÉNARD: Il rene degli emoglobinurici.

Med. Record, 18 gen. BUSHNELL: Immunità sperimentale contro la tubercolosi.

Gazz. d. Osp., 23 gen. PANTÒ: La cura radicale della malaria con dosi intensive di chinino.

Giorn. di Med. Mil., 1 feb. D'ORMEA: La pomata al timolo come culicifuga. — DONATI e a.: Ferite di guerra.

Bull. de l'Ac. de Méd., 18 feb. CHAUFFARD e GIRARD: Riattivazione tubercolinica dell'eritema nodoso.

Med. Record, 8 feb. REILLY: Corso clinico e prognosi della polmonite nell' epidemia influenzale.

Bull. d. Sc. Med., feb. SAMAJA: Emboli polmonari settici nell'influenza emorragica. — LITVAK: Sull'origine del fenomeno di Babinsky.

Giorn. di Med. Milit., 1 mar. ANGELUCCI: La vista ai ciechi? — PEZZI e CALÒ: L'influenza. — BILANCIONI: Lesioni del naso e suoi annessi in rapporto con la cosmesi della faccia.

Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp., 10 gen. RONDOPOULO: Esoftalmo nefritico. — DE JONG: Malaria e r. di Wassermann.

Rev. Ibero-Americ. de Ciencias Méd., feb. HURTADO: Biomeccanica, cinematica e cinetica della colonna vertebrale.

New York St. Med. Journ., gen. HUNT, EPSTEIN, WILLIAMS: Le nefriti. — Febbr. BONIFELD: L'utero ipoplasico. — GOLDSBOROUGH: Induzione del travaglio nelle pelvi sub-normali.

Presse Méd., 27 feb. CHIRAY e ROGER: Camptocormie (plicature vertebrali) isteriche e spondiliti tifose. — VIANNAY: Lo stupore arterioso traumatico.

Paris Méd., 1 mar. Numero sull'influenza e la tubercolosi.

Gaz. d. Hôp., 1 mar. MONTIER: Forme cliniche dell'influenza.

Il Morgagni (Arch.), 28 feb. CARRARO: Dilatazione cistica dell'estremità inferiore dell'uretere. — MICELI: Alterazioni oculari da metastasi del gonococco.

La Pediatr., mar. PROVINCIALI: La reazione urocromogena di M. Weiss in patologia infantile.

Rev. Méd. de la Suisse Rom., genn. NAVILLÉ: Isteria o pitiatismo?

Brit. Med. Journ., 1 feb. BRADFORD J., BASHFORD e WILSON: Virus filtrabile nell'influenza, nella febbre delle trincee e nelle nefriti.

Paris Méd., 1 feb. Numero sulla fisioterapia.

Bull. de l'Ac. de Méd., 25 feb. BAZY: Sul trattamento delle emorroidi con la pinza-cautere di Richet o volatilizzazione.

Presse Méd., 30 gen. LIGNAC: I movimenti retrogradi del colon: studio radiologico.

Gazz. d. Osp., 28 feb. SAMAJA: Morbo di Raynaud estivo.

Riv. Sanit. Sicil., 1 mar. GIUFFRÉ: La medicina nei suoi rapporti colla guerra e col dopoguerra.

Rif. Med., 8 mar. PIERACCINI, VISENTINI, PORRO: Sull'influenza.

Brit. Med. Journ., 1 mar. HILL e a.: Sull'influenza.

Journ. d. Praticiens, 8 mar. ROBIN: La demineralizzazione ossea e il suo trattamento.

Gaz. d. Hôp., 6 mar. LEMIERRE: I disturbi psichici nell'influenza. — 8 mar. AUDIBERT e NALIN: Il segno di Kernig nella setticemia eberthiana.

Gazz. d. Osp., 20 feb. DE GAETANI GINUTA: L'influenza epidemica e la febbre dei tre giorni in Catania.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI Roma, 8 giugno 1919 Fasc. 23

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretto dal prof. C. SACERDOTTI.

Ulteriori osservazioni sulla recente pandemia d'influenza (1)

per il dott. ALBERTO MARRASSINI, Libero docente ed Aiuto alla cattedra di Patologia generale e Professore incaricato di Batteriologia.

I numerosi studi eseguiti sotto ogni punto di vista intorno alla recente pandemia ed esposti in una quantità considerevole di lavori, che costituiscono oramai una estesa letteratura sull'argomento, non hanno ancora menato all'accordo circa l'agente etiologico fondamentale.

La idea, oggi seguita da molti, è che si tratti bensì di influenza, identica a quella che ricorse nelle precedenti pandemie del genere, di cui l'ultima del 1889-90, ma che l'agente specifico sia rappresentato da un virus ignoto (e per alcuni filtrabile, sebbene a suffragare tale concetto manchi ogni dato di fatto che non sia confutabile). A questo agente ignoto si associerebbero altri germi atti a determinare le complicanze, fra le quali soprattutto la broncopolmonite emorragica, che alla pandemia attuale, e specialmente nelle varie riaccensioni, ha impresso un carattere di gravità e di malignità tutto particolare. Agli agenti di infezione secondaria poi i più ascrivono strettococchi e diplococchi di varia natura, parameningococchi, il pneumobacillo il Friedländer, ecc. nonchè il bacillo della influenza, il quale nel quadro della infezione non avrebbe significato superiore a quello degli altri germi testè ricordati.

Fino dal settembre 1918 mi occupai della questione etiologica della pandemia attuale, e licenziai insieme al compianto D. Merelli una breve memoria (1) nella quale fu messo in evidenza: 1° che

(1) Comunicazione fatta alla Società Toscana di Scienze naturali il 23 marzo.

(1) Riforma medica 1918, N. 43.

a Pisa il b. influenzale dominava il quadro della microflora dei casi puri di influenza osservati tra i militari primi colpiti; 2° che esso col siero dei convalescenti presi in esame ed affetti da forme tipiche a decorso protratto, corrispondenti oppur no al germe isolato, ed alcuni anche ammalatisi in regioni lontane, mostrava il fenomeno della deviazione del complemento. Dal che arguimmo che il bacillo della influenza avesse nell'attuale pandemia una parte degna di tutta la nostra attenzione (1).

Continuate le osservazioni e le ricerche, mentre ho potuto fondamentalmente confermare su più vasta scala quanto avevo precedentemente osservato, mi son risultati altri dati di fatto, i quali mi sembra possano contribuire a portar qualche luce sopra alcuni punti relativi al quadro generale della infezione, quale si manifesta nella forma più grave e più maligna (1).

L'esame batterioscopico delle numerose colonie comparenti sull'agar sangue dopo la semina di frammenti di escreato lavati in soluzione fisiologica di cloruro di sodio, ed il loro successivo isolamento ha dimostrato:

1) che dall'escreato di soggetti in preda alla forma pura di influenza od a quella associata a complicanze broncopolmonari, possono isolarsi vari germi emofili, tra i quali vanno annoverati:

a) forme cocciche (da me osservate soltanto in rari campioni) delle quali talune disposte a cumuli, altre a coppie (diplococchi), altre a corona (strettococchi);

b) forme coccobacillari o nettamente bacillari (nei casi da me presi in esame sono state costanti e sempre in forte predominio);

2) che alcuni di questi germi emofili, non soltanto non sviluppano sui comuni terreni culturali, ma anche sui terreni al sangue crescono stentatamente, talora in modo appena percettibile e muoiono in breve tempo, talchè si perdono ove non si eseguiscano i relativi passaggi ogni tre o quattro giorni: altri invece sviluppano più rigogliosamente, sebbene soltanto sui terreni al sangue, e mostrano una vitalità più duratura. In generale dopochè la cultura è sviluppata e sporge sulla superficie del terreno, comincia a rifarsi pianeggiante, come se si affondasse nel terreno stesso, il quale in sua corrispondenza torna a divenire più uniforme, ma più resistente, quasi coriaceo, color cioccolata: a questo punto i trapianti danno per lo più esito negativo;

3) che altri germi specialmente tra quelli coccobacillari e bacillari (non ne ho visti per gli altri cocciformi, ma non posso escludere naturalmente che ne esistano anche tra quelli) e sopratutto fra quelli che si sviluppano più rigogliosamente, possono abituarsi dopo vari passaggi a vivere anche nei comuni terreni culturali;

4) che altri infine, pur avendo maggiore elezione per i terreni al sangue, possono svilupparsi fin da principio anche sui comuni terreni di cultura (cosidetti bacilli pseudo-influenzali).

***

Le inoculazioni di alcuni di essi in animali di esperimento mi sono riuscite senza effetto. Ma credo

(1) In una recente pubblicazione, comparsa sui nn. 8 e 9 del *Policlinico* Sez. Med. 1919, Micheli e Satta ammettono la frequenza del reperto del b. influenzale, ma avendo ripetuto le prove della deviazione del complemento su convalescenti e sopra soggetti sperimentalmente immunizzati, in base ai loro risultati ritengono che quel germe abbia scarsa attitudine a determinare la formazione di anticorpi e specialmente di quelli capaci di deviare il complemento, e che i loro risultati stessi non si prestino a conclusioni sulla partecipazione del germe al processo morboso. Ciò sopratutto perchè accanto a casi più rari di inibizione forte o completa dell'emolisi ne hanno avuti altri nei quali l'emolisi è stata più o meno manifesta.

A vero dire, a me sembra che i risultati riportati dagli autori possano prestarsi anche ad una interpretazione un po' differente da quella da loro seguita.

Ed infatti se si ammette, come essi concludono, che il b. influenzale abbia per sè scarsa attitudine a produrre anticorpi capaci di deviare il complemento, parrebbe logico che si dovesse dare tanto maggior valore ai resultati positivi anche in quei casi in cui la inibizione della emolisi è stata appena evidente, ed allora anche nelle loro ricerche sui convalescenti i casi positivi risulterebbero circa i $^2/_3$ di quelli esaminati.

In secondo luogo a me pare che la inibizione della emolisi ottenuta dai due AA. in vario grado col siero di sangue di soggetti sperimentalmente immunizzati, più che menare senz'altro al concetto di una scarsa attitudine da parte del b. influenzale a produrre anticorpi capaci di fissare il complemento, potrebbe guidare a rintracciare le cause di una così diversa capacità reattiva dell'organismo nei singoli casi: il che forse potrebbe dar ragione dei risultati più evidenti da me ottenuti ai primi saggi eseguiti.

In ogni modo a me pare che fra i risultati miei e quelli di Micheli e Satta vi sia (salvo il grado, al quale può trovarsi una spiegazione nelle ragioni suddette) una manifesta corrispondenza, per cui anche per questa via risulti non trascurabile il significato da attribuirsi al b. influenzale; significato, che del resto gli stessi AA. ammettono ampiamente per le altre molteplici ragioni da loro addotte.

(2)

(1) Le prime osservazioni ed i primi esperimenti sugli animali furono da me eseguiti nel dicembre ultimo scorso nel laboratorio batteriologico militare, diretto dal Chiar. prof. A. Di Vestea: quindi, essendo stato liberato dal servizio militare, gli ho continuati nel laboratorio di Patologia generale. La difficoltà di trovare il numero sufficiente degli animali di esperimento mi ha obbligato a procedere così lentamente nelle ricerche.

meritino di esser riferiti i risultati che ho ottenuti con un germe procuratomi nel novembre 1918 dal Ch. prof. Di Vestea insieme ad altri stipiti di b. influenzali (1).

I. — INIEZIONI NELLA CAVIA.

a) Endopleurica. — La iniezione di circa ½ patina di 18 ore su agar semplice, emulsionata in un centimetro cubico di soluzione fisiologica (meglio se vi è aggiunto un po' di sangue di coniglio e la emulsione è lasciata 1–2 ore in termostato a 37°) determina la morte dell'animale in un periodo di tempo che oscilla dalle 4 alle 24 ore, ma che di regola è molto breve.

La necroscopia mostra: iperemia sottocutanea di vario grado, più intensa in generale verso gli inguini e verso le ascelle: addome con peritoneo liscio, asciutto, talvolta leggermente iperemico: qualche raro fatto iperemico delle anse intestinali: le capsule surrenali ora non mostrano fatti appariscenti, ora si mostrano iperemiche in vario grado e talora con stravasi sanguigni di varia gravità ed estensione.

I reni si presentano ora lievemente iperemici, ora maggiormente congesti, ora di aspetto torbido appariscente, ora di aspetto presso a poco normale.

Il fegato per lo più presenta discreta congestione e mostrasi generalmente assai torbido e talora con chiazze di aspetto giallastro variamente estese.

La milza per lo più non presenta fatti degni di nota: qualche volta è tumefatta, congesta in modico grado.

Le pleure presentano un essudato ora sieroso leggermente roseo, ora fortemente tinto di sangue, ora scarsamente, ora fortemente corpuscolato. Tale essudato coagula in generale con estrema facilità. Altre volte si ha un essudato fibrinopurulento che ricuopre in vario spessore le pleure parietali e viscerali, stabilendo anche tra le une e le altre lasse aderenze.

I polmoni appaiono espansi, rigidi, fortemente congesti, spesso con emorragie sottopleuriche e parenchimali variamente estese. Talora i polmoni immersi nell'acqua scendono al disotto della superficie della medesima.

Il cuore mostra quasi costantemente il ventricolo sinistro duro, contratto, con scarsissimi coaguli rossi; il ventricolo destro più espanso con abbondanti coaguli rossi; le orecchiette espanse e piene di coaguli rossi.

L'esame microscopico presenta: l'essudato pleurico più denso costituito prevalentemente da polimorfonucleati neutrofili, dei quali alcuni contengono in varia quantità germi dell'aspetto di quelli inoculati.

Il polmone mostra gli alveoli dilatati, spesso pieni di sangue per vaste estensioni, i capillari interalveolari turgidi e pieni di sangue.

Nel cuore si osserva variamente diffusa ed intensa un'alterazione delle fibre muscolari, interessante specialmente la striatura trasversale.

Le capsule surrenali appariscono iperemiche in vario grado (qualche volta in modo appena evidente, talaltra in modo spiccatissimo); qualche volta con emorragie di varia intensità, che distruggono zone più o meno estese specialmente della midollare e della reticolata.

I reni sono affetti da tumefazione torbida di vario grado e diffusione, la quale interessa sopratutto l'epitelio dei canalicoli contorti.

Il fegato in mezzo a zone di parenchima normale offre elementi profondamente colpiti da rigonfiamento torbido e da degenerazione vacuolare.

La iniezione di culture in brodo di varia età, filtrate attraverso candele Berkefeld N ed il filtrato di emulsioni digerite vari giorni (7 a 15 giorni) in soluzione fisiologica di cloruro di sodio non ha prodotto la morte dell'animale neanche alla dose di 2 cmc. (corrispondenti ad una patina).

La iniezione nella pleura di cavie fatta con emulsioni vive in quantità tale da non determinare la morte, conferisce una resistenza verso iniezioni successive certamente letali pei controlli.

È degno di nota il fatto che se la emulsione batterica viene assoggettata all'azione della temperatura di 60° applicata per un'ora, l'animale o sopravvive, o muore molto più tardi (fin dopo 14 giorni) anche inoculando una dose doppia (e proporzionalmente al peso del corpo fino a 4 volte superiore) di quella capace di dar nei controlli la morte in tre o quattro ore. In tal caso si ha un reperto, che interessa a prevalenza le pleure ed i pol-

(1) Il germe insieme ad altri stipiti fu ottenuto dai laboratori batteriologici della Sanità pubblica in seguito a scambio di altri campioni inviati da Pisa. Esso nei primi trapianti sviluppò soltanto su agar sangue, indi dette sviluppo anche su agar comune. I suoi caratteri principali sono i seguenti: alcuni elementi hanno forma coccobacillare, altri forma nettamente bacillare (in media μ. 0.5 × 1 — 2 μ): talora isolati, talora accoppiati a diplobacilli: non sporigeni; non resistenti al Gram; assai mobili con un movimento che ricorda un po' quello del b. del tifo (il movimento è evidente nelle culture in brodo di 18–24 ore, mantenute a 20°–22°); sviluppa rigogliosamente sui terreni a' sangue, un po' meno sui terreni comuni: nulla di caratteristico nella cultura: vive a temperatura ordinaria e sviluppa anche 20°–22°, non fonde la gelatina, non coagula il latte, non dà fermentazione del lattosio nè della mannite in presenza dei quali il terreno rimane alcalino: scinde il glucosio con produzione di acido, non di gas: non modifica il rosso neutro, non produce indolo nel brodo peptonato. Trapianti positivi anche dopo 60 giorni e ad onta di un discreto essiccamento dell'agar. Non passa attraverso le candele Berkefeld N. Non agglutina coi sieri antitifici, antiparatifici, antidissenterici.

moni e che può giungere fino alla presenza di cotenne che fissano tenacemente il polmone splenizzato alla parete toracica.

b) *Endoperitoneale*. — L'animale muore come per la iniezione endopleurica. Si hanno gli stessi fatti a carico della pleura e del polmone (sebbene per lo più un po' meno accentuati), gli stessi fatti con le stesse varietà di grado per tutti gli altri visceri salvochè per l'intestino, il quale si mostra in vasti tratti intensissimamente iperemico, arrossato, con manifeste chiazze emorragiche di varia estensione.

L'esame microscopico non offre fatti nuovi oltre quelli precedentemente descritti per gli altri organi; ma l'intestino tenue in molte parti appare fortemente congesto e con emorragie di varia estensione, interessanti la sottosierosa, la sottomucosa, ed estendentisi fino negli spazi compresi fra gli infundibuli glandolari.

La iniezione di filtrati usati come per l'iniezione endopleurica è riuscita senza effetto anche a forti dosi (10 cmc.).

c) *Sottocutanea*. — L'animale sopravvive e non mostra fenomeni apprezzabili alle iniezioni sottocutanee, anche se eseguite con emulsioni in soluzione fisiologica di cloruro di sodio contenenti quantità di patina di 24–48 ore quattro o cinque volte superiori a quelle sufficienti a dar la morte coi fenomeni caratteristici in 3 o 4 ore nei controlli inoculati per via pleurica o peritoneale.

d) *Endovenosa*. — Dà gli stessi fatti singoli descritti per la iniezione endopleurica ed endoperitoneale, ma con localizzazione e con intensità dei fatti in ciascun organo varie caso per caso.

Il germe inoculato, nelle cavie che vengono a morte, si può ricavare abbondantissimo dalla sierosa in cui fu iniettato; si può ottenere anche dal polmone e dal sangue del cuore; ma da quest'ultimo si ha sempre un numero scarsissimo di colonie (talora 2 o 3 soltanto.)

II. — INIEZIONE NEL CONIGLIO.

La iniezione nella cavità pleurica di due o tre patine in agar di 24 ore emulsionata in due cmc. di soluzione fisiologica di cloruro di sodio produce fondamentalmente gli stessi fatti notati nella cavia e colle modalità in quella descritte, salvo una generale minore intensità di quelli polmonari e renali (1).

* * *

Quanto è più sopra esposto vale a parer mio a dimostrare, almeno per ciò che riguarda la cavia ed il coniglio:

1. che il germe con cui ho sperimentato (parainfluenzale?) pur essendo dotato di un potere tossico estrinsecantesi mercè l'azione di endotossine, come lasciano supporre i risultati ottenuti colle iniezioni delle emulsioni uccise a 60°, agisce prevalentemente per condizioni biologiche legate ai germi vivi, inquantochè soltanto colla loro inoculazione, anche se in quantità assai minore, si sono ottenuti i fenomeni descritti conclamati nel volger di poche ore;

2. che tale azione si esplica in modo speciale sul sistema vascolare;

3. che per essa si producono localmente iperemia ed emorragie, ma soprattutto si ha una elezione pel sistema vascolare dell'apparecchio respiratorio;

4. che con la iniezione endopleurica di dosi subletali si può conferire alla cavia una resistenza verso dosi capaci di dare nei controlli rapidamente la morte in poche ore.

E da ultimo va rilevato come i fatti a carico del polmone, dell'intestino, delle capsule surrenali del cuore, degli organi parenchimali, per la loro natura e per il grado con cui si sono presentati nei vari organi volta per volta richiamino alla mente le molteplici varietà di alcune lesioni che accompagnano il quadro fondamentale, che al tavolo anatomico ci offrono i casi di soggetti morti per influenza nelle sue forme fulminanti, acute e con complicanze broncopolmonari.

* * *

Gli esami sierologici e sopratutto quelli relativi alla deviazione del complemento hanno mostrato i fatti seguenti che desidero segnalare:

1. Mentre negli esami eseguiti nel settembre all'inizio della pandemia mi fu dato osservare solo eccezionalmente un potere anticomplementare del solo siero di sangue (usato nella dose di cmc. 0,1 — 0,2, ferme restando le quantità degli altri reattivi) del convalescente o dell'infermo, invece nella massima parte di quelli, che ho eseguito ai primi di quest'anno, tanto il siero di convalescenti d'influenza, come quello di ammalati della stessa forma pura o complicata da broncopolmonite, mi ha dato con relativa frequenza da solo l'impedimento della emolisi nel sistema, dopo permanenza

(1) Segale sperimentando col suo Str. pandemicus avrebbe ottenuto, mediante la introduzione di batuffoli di garza imbevuti dalla cultura nelle cavità nasali del coniglio, della cavia e del ratto adulto, lo svolgersi di lesioni discendenti dell'apparecchio respiratorio, consistenti ora in fatti di bronchite, peribronchite, broncopolmonite disseminata, ora in fatti di broncopolmonite confluente talora a carattere emorragico, tali da presentare una suggestiva affinità con quanto è stato osservato nella presente pandemia.

La introduzione nelle narici dei conigli di batuffoli di garza intrisi di quantità anche abbondanti di cultura del germe da me descritto, non ha prodotto fenomeni apprezzabili.

per un'ora a 37° a contatto colla quantità costante di complemento di cavia; ed il titolo del siero capace di presentare il fenomeno anticomplementare è sceso spesso al di là di 0,05, e qualche volta al di là di 0,01.

2. Il germe più sopra descritto, usato come antigene in varie prove di deviazione del complemento eseguite col siero di sei ammalati e di quattro convalescenti di forme a decorso protratto, non ha dato impedimento della emolisi dopo un'ora a 37°, ma in confronto dei controlli la emolisi nei tubi contenenti quell'antigene è avvenuta sempre in un tempo più tardivo (ritardo nella emolisi), e due volte in modo incompleto.

Pisa, marzo 1919.

RIVISTE SINTETICHE.

Moderne vedute sull'etio-patogenesi e sulla terapia dell'asma bronchiale

per il prof. GIUSEPPE SABATINI,
assistente della Clinica medica di Roma
e libero docente.

(Continuazione e fine; vedi fasc. 22).

LA TERAPIA.

L'indole di questo scritto non concederebbe di trattare *in extenso* il capitolo della cura dell'asma bronchiale. Poche altre malattie quanto questa hanno fatto fiorire una così abbondante mèsse di rimedi, empirici o scientifici, ad azione miracolosamente immediata od a sicuro effetto radicale lontano.

A ciò non devon essere state estranee per un lato la impressionante figura dell'asmatico, coll'accesso improvviso, sensazionale, strano; e per l'altro la frequenza della malattia e la sua fisionomia particolare e quasi isolata fra i quadri della nosografia.

Io ora mi devo occupare, e spesso con jugulante brevità, dei *rimedi nuovi*, di questo angolo moderno dell'edificio di terapia, che vediamo formarsi, pietra su pietra, con gli altrettanti corollari logicamente derivanti da ciascuna delle ricerche moderne.

La parte prima degna di nota è quella derivante dalle meno recenti concezioni fisiopatologiche dell'accesso asmatico. Poichè, sia detto una volta per tutte, nella *terapia dell'asma*, bisogna sempre ben distinguere due obiettivi: la cura diretta dell'*accesso* e la cura della *malattia* nella sua essenza, fatta di crisi e di tregue, di lesioni organiche stabili e di episodi funzionali transitori. I rimedi mirano quindi o all'uno o all'altro scopo, raramente a tutti e due; e bisogna sempre ricordarsi di considerarli secondo questa loro distinta finalità per non fare confusioni.

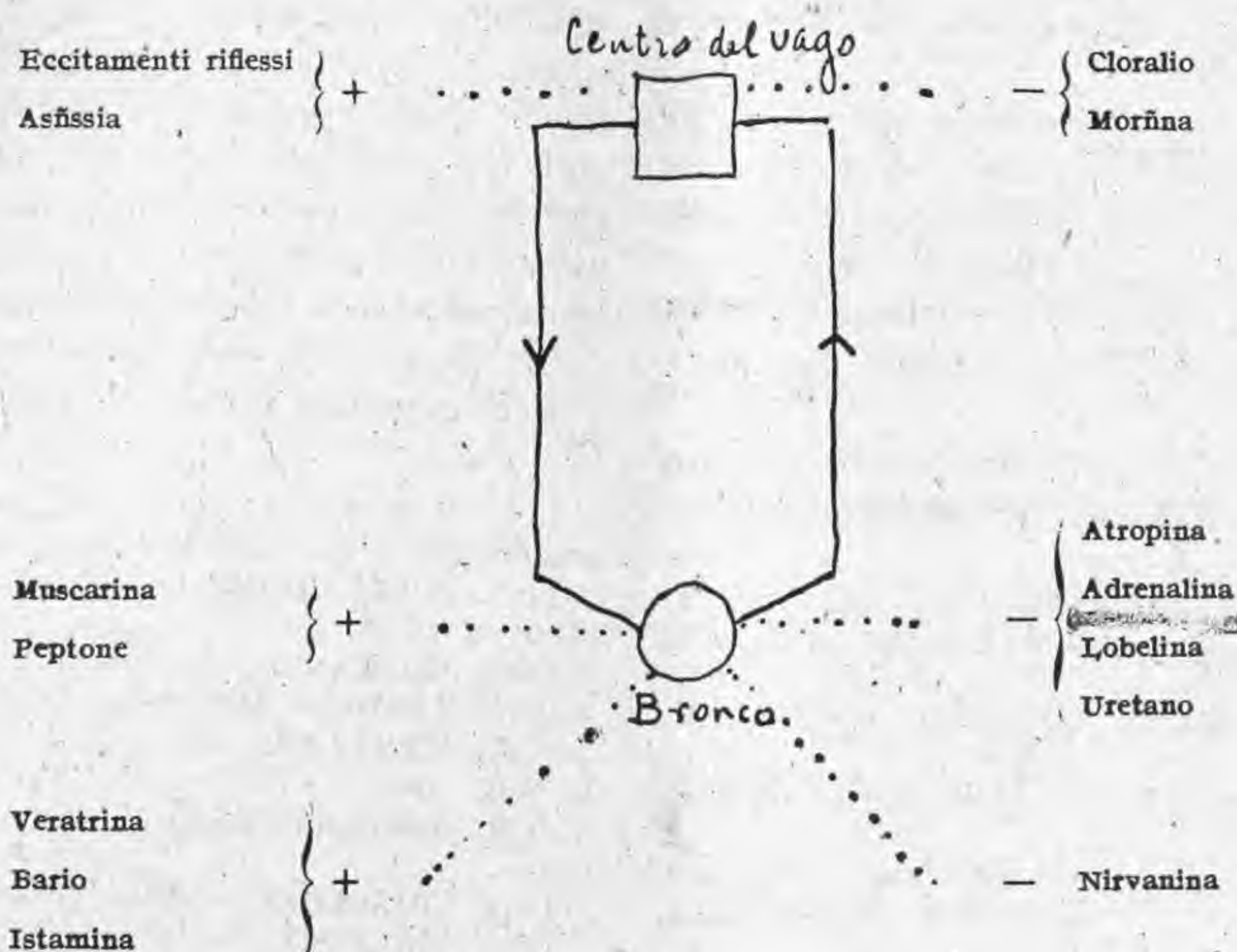
La più numerosa schiera dei presidii è quella diretta ad *agire sulle fibre muscolari liscie dei bronchi*, e ciò subordinatamente per due vie: o risolvendo lo *spasmo dei muscoli broncocostrittori*, o eccitando le *fibre antagoniste broncodilatatrici*.

Per quanto riguarda l'accesso asmatico l'eccitamento generatore può risiedere o nel *centro del vago*, o lungo le sue *vie differenti ai bronchi*, o nel *punto di espansione del nervo sul muscolo bronchiale*; vi sono delle sostanze chimiche ad azione asmogena (+), altre ad azione antiasmatica (—), agenti elettivamente su questi vari tratti: per brevità riporto lo schema del Januschke (41), nel quale però non sono registrate che alcune delle sostanze note:

Eccitamenti riflessi, Asfissia } + ... Centro del vago ..... — { Cloralio, Morfina

Muscarina, Peptone } + ... Bronco ..... — { Atropina, Adrenalina, Lobelina, Uretano

Veratrina, Bario, Istamina } + ... — Nirvanina

(41) JANUTSCHKE. — *Therap. Monathefte*, febb. 1912, pag. 103.

Bruno Fellner e Jacobson hanno ottenuto ottimi risultati nella cura dell'asma colla *vasotonina* (miscuglio di yohimbina e uretano): e poichè l'uretano è un rimedio lipoidolitico, e quindi favorisce certi assorbimenti, Martinet (42) preconizza l'associazione di *uretano e atropina.*

Il *nitrito d'amile* notoriamente è della prima maniera il capogruppo, specie dopo le nuove ricerche di Bähr e Pick (43); ma la farmacologia moderna ha preparato tutta una serie di nitriti (*nitrito di cocaina, nitrito di atropina, nitrito di alipina, nitrito di eumidrina, ecc.*) ad azione multipla, i quali formano, insieme con quelli alcalini, la base di molti specifici antiasmatici, a formola più o meno segreta, sotto le specie di sigarette, di polveri da bruciare o di liquidi da introdurre collo Spray. Per l'azione similmente paralizzante delle fibre roncocostrittrici sono stati raccomandati la *lobelina*, il *quebraco*, l'*adrenalina* (su questa torneremo a lungo) e da von den Velden (44), per analogia con quanto si osserva sulle fibre vasali, la *diuretina.*

Come eccitanti delle fibre broncodilatatrici vanno ricordati la *caffeina*, su cui hanno tanto insistito Bähr e Pick (v. s.,) i *sali jodici*, la *chinina.*

Per calmare l'abnorme azione del centro respiratorio, fra gli ultimi rimedi preconizzati, sono i *sali di calcio* (45) (cloruro alla dose di 5 cc. di soluzione 20%, 3 volte al giorno, e lattato) e l'*antipirina* con i suoi affini farmacologici.

Non è mancato chi ha proposto la *condrectomia* (Lenormant).

Uno strano rimedio antiasmatico, di cui mi permetto di non avere alcuna pratica personale, è il *Long-duyen-huong*, cioè la bava del capodoglio, la quale è raccolta gelosamente dagli indigeni dell'Annam e del Tonchino, quando uno di questi cetacei viene catturato; è un corpo vischioso, elastico, grigio, amaro, da prendere alla dose giornaliera di 1-2 gr.

Leclère (46) ne ebbe conoscenza per mezzo di un missionario del Tonchino, che l'adoprava e ne riferiva prodigi .Potè procurarsi il rimedio e sperimentarlo, con buon esito. Attribuisce l'efficacia del Long-duyen-huong al K I che contiene, e di cui si avrebbe il sapore metallico in bocca durante i giorni di cura.

La terapia meccanica dell'asma non ha portato a grandi novità. L' Hofbauer (47) ha descritto con i più lusinghieri risultati la *summtherapie*, ottenuta mediante un apparecchio speciale applicato sull'addome dell'infermo, col quale si raggiungerebbero due scopi principali: tenere chiusa la bocca, evitando l'irritazione prodotta dall'aria fredda, ed allungare le fasi espiratorie, riordinando il ritmo del respirò. Sänger ha recentemente insistito sul suo *ventilatore polmonare* (48).

Ricordati così rapidamente quelli che dicevamo essere i rimedi pur nuovi, ma non nuovissimi, veniamo agli altri, che hanno formata le più recente letteratura, e che ancora non si trovano registrati sui trattati più moderni, come per es. Möhr e Shähelin, Brugs e Kraus, ecc.

Fra questi il primo posto, per anzianità e per autorità, spetta ai *rimedi opoterapici*, e sovrattutto all'*adrenalina*. Il valore dell'adrenalina contro la crisi asmatica fu affermata in America da Solis Cohen (49) e da Kaplan (50), in Germania da Jagic (51), in Inghilterra da Hertz (52), in Francia da Léopold-Lévi (53) e Thiroloix (54) che, asmatico, ne provò i benefici su se stesso.

Abbiamo accennato come l'accesso asmatico sia oggi, con largo consenso, collegato con stati vagotonici o simpatico-paretici, corrispondenti rispettivamente a broncocostrizione attiva o secondaria. La vagotonia sarebbe collegata con disturbi ormonici, sopratutto con ipertiroidismo, e quindi con sovrabbondanza di ormoni tiroidei vagotonici. Ma ciò è ancora allo stato di ipotesi. L'influenza delle glandole eudocrine e stata però messa fuori dubbio dalla esperienza clinica. Dopo che v. Nogié ebbe dimostrato essere l'adrenalina (iniettata alla dose di 4-5 gocce di soluzione al millesimo) capace di troncare in qualche minuto l'accesso asmatico, l'attenzione dei medici si è rivolta a questo prodotto. Assodata con esteso controllo l'asserzione del v. Nogié restava però a spiegare l'intimo meccanismo d'azione dell'adrenalina. Questo ormone non può agire sulle fibre vagali, come farebbe l'atropina: ma invece influisce elettivamente sulle terminazioni del simpatico nei muscoli lisci, eccitandole e producendo la broncodilatazione attiva. Quale poi la ragione di questa depressione del tono simpatico deve ancora chiarirsi.

Recentemente il Marfori (55) ha emesso un'i-

(42) MARTINET. — *Presse médicale*, 1912, 7, 271.
(43) BAEHR e PICK. — *Arch. f. exper. Path. und Pharm.*, Bd. 74, pag. 41.
(44) VON DEN VELDEN. — *Münch, med. Woch.*, 1907, 14.
(45) EMMERICH e LOEW. — *Münch. med. Woch.*, 2 dic. 1913.
(46). LECLERE. — *Gaz. des Hopitaux*, 1914, 66.
(47) HOFBAUER. — *Deutsche med. Woch.*, 1914, 22.

(48). SANGER. — *Ueber Asthma und seine Behandlung*, 2 ed., Berlin 1917.
(49). SOLIS COHEN. — *Philad. med. Journ.*, 15 ottobre 1898.
(50). KAPLAN. — *Medic. News*, 1905.
(51). JAGIC. — *Berl. klin. Woch.*, 1909, pag. 583.
(52). HERTZ. A. F. — *Brit. med. Jour.*, 1914, I, pag. 965.
(53). LÉOPOLD-LÉVI. — *Congrès méd. Paris*, 1910.
(54). THIROLOIX. — *Bull. gén. de Thérap.*, 1916, 3.
(55). MARFORI. — *La Medic. pratica*, sett. 1917.

potesi fondata su alcuni suoi studii dai quali risulterebbe che i gangli linfatici secernono una sostanza, la linfoganglina, ad azione nettamente antagonistica coll'adrenalina, per quanto riguarda l'influenza sul simpatico. Nell'asma si avrebbe un'aumento di linfoganglina, che potrebbe anche coincidere con una diminuzione dell'adrenalina; uno squilibro ormonico cioè fra tessuto linfatico e surrenale. La teoria del Marfori aspetta ancora la dimostrazione rigorosa e il controllo.

Sorvolando su altre questioni del genere, non perchè meno importanti ma perchè più note, e quindi non inquadrabili in questo scritto, ricordiamo fra i rimedi l'associazione dell' adrenalina colla pituitrina, che in questi ultimi anni ha cosi meravigliosamente corrisposto nella cura dell'accesso. asmatico.

Che l'estratto ipofisario fosse un buon rimedio contro l'asma fu affermato da molti fra cui Borchardt (56), Riese (57), Bourgeois (58). Esso ha un'azione meno rapida ma più duratura dell'adrenalina e quindi riesce ad influenzare, oltre l'accesso attuale, anche gli ulteriori. Era logico quindi associare i due preparati, come hanno fatto prima Weiss (59) e più tardi Krause (60). Le dosi dei due principii variano di poco a seconda degli autori; i preparati francesi (Carrion) contengono per ogni cmc. ½ mmgr. di adrenalina e una quantità di estratto ipofisario totale desalbuminizzato eguale a gr. 0.25 di glandola fresca.

I tedeschi avevano messo in commercio un prodotto analogo, col nome di *Asmolisina*, che contiene secondo Weiss 0.0008 di estratto surrenale e 0.04 di estratto ipofisario: in Italia di recente è apparsa l'*asmoganglina*.

Io non ho di quest'ultima che pochissima esperienza: ma ho avuto occasione di adoperare largamente l'asmolisina.

Essa risponde benissimo. Generalmente ad accesso scatenato, si vede questo smorzarsi pian piano in meno di 3-5 minuti dall'iniezione. Sono rarissimi i soggetti, i quali non risentano rapidamente almeno un grande sollievo, si che una crisi, che s'annunciava penosa e tumultuaria si mantiene nei limiti più lievi e sopportabili.

Le iniezioni di asmolisina sono indolore, mentre quelle di asmoganglina dànno bruciore doloroso. L'infermo dopo la medicazione adrenalino-ipofisaria solo eccezionalmente avverte disturbi passeggeri, sovrattutto sotto forma di tremori, parestesie, tachicardia, debolezza; quando questi si presentano dileguano rapidissimamente senza fastidio.

Quello che va ricordato è che questa terapia endocrina associata non dà assuefazione, e quindi non è necessario mai accrescere le dosi: quell'iniezione che è bastata una volta, basterà sempre. La qual cosa potrebbe in certo modo dimostrare che lo scatenamento dell'accesso asmatico coincide con una deficienza acuta di questi ormoni endocrini, i quali, una volta rimessi nel sangue, ristabiliscono rapidamente ogni volta l'equilibrio fisiologico.

Le prolungate somministrazioni di estratto surreno-ipofisario sono innocue? Per la mia esperienza potrei nel rispondere affermativamente associarmi a molti altri autori, fra i quali sono Fischer (61) (che preferisce le inalazioni di asmolisina alle iniezioni) e recentemente Bensaude e Hallion (62). Io ho conosciuto un soggetto di oltre 65 anni il quale da sei anni fa iniezioni quasi quotidiane di asmolisina senza il minimo disturbo nelle condizioni generali.

Un preconcetto teorico contro questa medicazione risiederebbe nel fatto che tanto l'adrenalina quanto la pituitrina sono prodotti ipertensori, e quindi il loro uso sarebbe controindicato nei casi di arteriosclerosi ed in genere in tutti gl'infermi nei quali esiste aumento della pressione sanguigna. Però questo inconveniente nella pratica non si verifica. Nel mio soggetto, dianzi citato, il quale ha consumato molte centinaia di dosi di asmolisina, non solo non si nota alcun segno di ipertensione, ma egli è, relativamente alla sua età, un ipoteso.

La letteratura recente sulla terapia adrenalino-pituitaria dell'accesso asmatico è ricca e concordemente confortante; ricorderemo ancora gli articoli di Zueblin (63).

Poco prima della guerra era cominciata specie in Germania una larga esperienza, con *medicazioni endobronchiali* mediante i vari spray (il più usato è quello di Ephraim (64), col quale Sourdille (65) inietta novocaina o novocaina e adrenalina) ed *intratracheo-bronchiali* con l'ago tracheale (Ro-

(56). BORCHARDT. — *Presse méd.*, 17 dic. 1913, pag. 607.
(57) RIESE. — *Berl. klin. Woch.*, 1915, II, pag. 768.
(58). BOURGEOIS H. — *Progrès médical*, 1917, 5.
(59). WEISS O. — *Deutsche med. Woch.*, 1912, XXXVIII, 1789.
(60). KRAUSE H. — *Arch. ital. di laringol.*, 1913, XXXIII, 97.
(61). FISCHER C. — *Deutsche med. Woch.*, 1916, 43.
(62). BENSAUDE R. e HALLION L. — *Presse med.*, 1918, 20, 185.
(63) ZUEBLIN E. — *Med. Record.*, 1917, vol. 91, 9, 364. Id. id. 1917, vol. 92, 1, 10.
(64). EPHRAIM. — *Deutsche med. Woch.*, 1912, 1453.
(65). SOURDILLE M. — *Presse méd.*, 1914, 13, 122.

senthal (66), Stephan (67), Rodriguez (68)) tutte applicazioni che non hanno alcuna giustificazione, secondo me, vista la magnifica sicurezza delle iniezioni sottocutanee.

Anche la *tiroidina*, associata con adrenalina e atropina per combattere gli accessi, è stata usata in questi ultimi tempi, (p. es.: in Italia da Bartolotti) (69).

Condurrebbe troppo lontano l'addentrarsi nella discussione ipotetica del meccanismo d'azione dell'adrenalina e della pituitrina negli accessi asmatici: ogni spiegazione ha i suoi sostenitori. Aprioristicamente giudicando, poichè l'adrenalina e la pituitrina hanno la proprietà di far contrarre i muscoli lisci bisognerebbe aspettarsi da loro un'azione nociva nello spasmo bronchiale, a meno di non voler ammettere, in linea assolutamente gratuita, che i bronchi hanno leggi diverse da quelle che governano la muscolatura involontaria. Zueblin (v. s.) sostiene, dall'esame clinico dei suoi pazienti, che l'azione della medicazione adrenalino-ipofisaria si esplica migliorando l'attività cardiovascolare, sempre cattiva negli asmatici, e influenzando il centro vasale. Wiggers e Hallion (70) hanno sperimentalmente dimostrato come la pituitrina determina un'ipotensione nel territorio dell'arteria polmonare.

È dimostrato inoltre da ricerche moderne che il centro vagale è influenzato dalla secrezione del lobo posteriore dell'ipofisi, e che quest'organo è d'altro canto il centro di riflessione degli stimoli partenti dalla mucosa nasale, tanto che la distruzione della glandola pituitaria è seguita da abolizione del riflesso della sensibilità della mucosa nasale (Cyon).

Deduzioni patogenetiche ex therapia (cui accennavo appunto parlando della patogenesi) trae il Riese (71), secondo il quale volere ancora considerare l'asma come consecutivo a spasmo bronchiale fa a pugni coll'osservazione elementare del *volumen pulmonum auctum* durante l'accesso, sapendo ehe i bronchi e i bronchioli formano la massima parte del tessuto polmonare. Si dovrebbe ammettere allora, ciò che non è possibile, una colossale distensione degli alveoli, completamente strozzati ed isolati dallo spasmo degli anelli muscolari bronchiolari di Kölliker. Per ciò Riese ammette nell'accesso un'improvvisa paresi o paralisi dei muscoli bronchiali, con distensione

(66). ROSENTHAL G. — *Presse méd.*, 1914, 40, 386.
(67). STEPHAN. — *Deutsche med. Wochen.* 1916,4
(68). RODRIGUEZ R. — *Boll. mal. orecchio, naso e gola*, aprile 1918.
(69). BARTOLOTTI. — *Acc. med. di Padova*, marzo 1916.
(70). HALLION L. — *Bull. Soc. de biol.*, 4 apr. 1914, 581.
(71). RIESE E. — *Berl. klin. Woch.*, 1915, 29.

(8)

acuta di tutti i bronchi e bronchioli ed aumento di volume dei polmoni. Così si spiegherebbe l'azione della adrenalina e della pituitrina, che è notoriamente costruttrice sui muscoli lisci. Ma le cose non sono così semplici. Il punto d'azione nominale dell'adrenalina e pituitrina dovrebbe essere il simpatico. Ora non tutti gli autori (Langley, Eliot) ammettono l'innervazione simpatica dei bronchi, e poi non si conosce bene quale azione eventualmente il simpatico e il vago hanno sui muscoli lisci bronchiali. Si tratterebbe ad ogni modo nell'accesso asmatico di perdita di tono da parte della muscolatura bronchiale: orbene l'estratto ipofisario non agirebbe sulla muscolatura normale ma solo su quella che ha perduto il tono, quindi esso gioverebbe all'asma sopprimendo le paralisi della muscolatura liscia, la quale ulteriormente potrebbe essere stimolata dall'adrenalina in senso positivo. Tutte vedute ancora ipotetiche e contradditorie, mancando a chi vuol fare spiegazioni il previo accertamento dei dati anatomici, fisiologici e farmacologici.

Tanto che il Riese nel suaccennato lavoro fa dell'immaginativa quando vuole spiegarci la formazione delle spirali di Curschmann e dei cristalli di Charcot-Leyden.

Ma non posso addentrarmi ora in simili questioni, ed ho, proporzionalmente, già discusso abbastanza sulla terapia adreno-ipofisaria.

La parte della cura antiasmatica fin qui tratteggiata, benchè recentissima, è stata in questi ultimi anni superata dalle applicazioni delle concezioni anafilattiche, che già ho esposte nella prima parte e che rappresentano (mi si conceda l'espressione) l'ultima novità in materia. Sono studi quasi esclusivamente fatti in America e pubblicati su giornali americani per opera principalmente di Chandler Walker, Cooke, Longcope, Rackemann, Gottlieb, Knapp, Zueblin, Bishop, Jack, Solis-Cohen. Queste ricerche hanno in breve corso di tempo assunto una così notevole mole, che mi riuscirà difficile sintetizzarle. Non sappiamo ancora quanto esse resisteranno alla prova dell'esperienza universale; ma hanno vivamente interessato la medicina nordamericana, mentre sono rimaste quasi sconosciute non solo in Italia ma in tutta la letteratura medica europea. Donde l'importanza della loro trattazione. Scoperta, mediante le reazioni immunitarie (cutanea, intradermica, oftalmica), la proteina verso la quale l'asmatico è sensibilizzato, si tratta di istituire la cura causale cercando con 'opportuna *vaccinazione*, di dissensibilizzare questi individui, in modo che l'arrivo nel loro organismo delle proteine eterogenee nocive non produca più lo shock anafilattico o, ciò che equivale, l'accesso asmatico.

Chaudler Walker, che più d'ogni altro si è oc-

cupato dell'argomento, ha pubblicato i risultati ottenuti per questa via nella cura di oltre 400 asmatici.

A seconda dei risultati delle cutireazioni (preferite alle altre prove) gli asmatici vengono divisi in due gruppi: *non sensibilizzati e sensibilizzati.*

La cura degli individui non sensibilizzati è stata come vedremo, assai più difficile e poco soddisfacente, poichè per istituirla, non si aveva nessun dato positivo, che servisse di guida, e per ciò si è andati spesso alla cieca, e i risultati buoni sono stati spesso fortuiti. Non così per gli individui sensibilizzati, cioè con cutireazione positiva verso qualche proteina di uno dei gruppi principali (proteine, animali, vegetali, batteriche).

Il *metodo della cura* seguito dai vari autori non può essere qui esposto per ragioni di brevità.

Ecco i ***risultati*** ottenuti da Chandler Walker su 400 asmatici esaminati divisi per categorie; li riassumerò direttamente, nessun'altra esposizione essendo più efficace nella sua brevità:

Soggetti sensibili a proteine di emanazioni animali.

a) 67 asmatici erano sensibili alle proteine della *forfora di cavallo;* 48 furono curati con dosi progressive di queste proteine e di essi il 63% non ebbero più accessi, il 10% ricevettero un troppo breve trattamento per giudicarne l'effetto, il 20% furono migliorati in un senso molto ampio, coi vaccini o con l'allontanamento dei cibi, verso i quali erano sensibilizzati (v. appresso) e il 7% non risentirono alcun beneficio.

Un segno evidente di benefici della cura di dissensibilizzazione verso una proteina eterogenea è dimostrata dal ridursi della positività della cutereazione praticata con questa stessa proteina, fino a divenire negativa (per es. da 1.100.000 può ridursi ad 1.100 dopo 22 applicazioni ecc.).

È difficile stabilire quanto questa immunizzazione duri. Walker ha visto dei casi nei quali persisteva già da 2 anni, durante i quali non si erano più presentati gli accessi asmatici.

b) 4 pazienti erano sensitivi alle *proteine dei peli di gatto;* in 3 l'asma cessò con la cura di queste proteine, ed in una giovane, che viveva in una piantagione fra gatti e cavalli, la cessazione si ottenne con la successiva iniezione di proteine della forfora di cavallo. In qualche infermo di questa categoria il beneficio fu ottenuto dal semplice allontanamento dei gatti.

c) dei 19 pazienti che reagivano positivamente alle proteine dei *peli di cane,* nessuno ebbe una cutireazione di così alto titolo (almeno cioè di 1.100) da richiedere la cura mediante la vaccinazione. Tutti d'altronde avevano cutireazione positiva verso la *forfora di cavallo* e molti perciò furono trattati con queste proteine, con la conseguente scomparsa degli accessi.

d) solo pochi infermi erano sensibilizzati alle proteine dei *peli del bestiame,* e di essi uno aveva l'asma nettamente consecutiva agli intimi contatti colle vacche. Lo stesso accade per la *lana.* Alcuni pazienti erano sensibili alle *piume,* e di essi due avevano l'asma quando dormivano su cuscini di piume ed uno su materasso di piume. In questi casi l'allontanamento delle piume è basato per far cessare gli accessi.

e) 30 pazienti erano sensibili alle *proteine di uno o più cereali* (grano, frumento, riso, segala). Specie il pane di guerra, che è lungi dall'essere di sola farina di grano, ha dato spesso luogo ad accesso anafilattico, contenendo farine con azione di antigeni. In molti casi sulla base della cutireazione si potè trovare il cereale incriminato e toglierlo dall'alimentazione, facendo così sparire l'asma.

f) molti pazienti furono trovati sensibili alle proteine delle *uova,* dei *pesci,* del *formaggio,* delle *patate,* degli *spinaci.* ecc. Quantunque fosse difficile rintracciare queste sensibilizzazioni (qui giova moltissimo la anamnesi remota e prossima, per ragioni evidenti) una volta però assodate, si ebbe la cessazione dell'asma allontanando il cibo pericoloso.

In complesso, in queste categorie, Chandler Walker ebbe l'82% di successi.

Riporto una storia clinica di questo tipo, riassunta da una memoria di Walker, poichè può meglio di ogni descrizione dare un'idea di questo genere di cura:

Ragazza di 22 anni, divenuta asmatica l'anno avanti e precisamente due settimane dopo un'iniezione di siero antitossico. Dapprima l'asma ebbe luogo ogni notte, poi divenne periodica, senza però mai dare tregue superiori ad un mese. Tosse, espettorato, dimagrimento, debolezza, impossibilità di stare in piedi o di camminare senza avere asma o di coricarsi senza affannarsi. Essa aveva accessi quando passeggiava presso dei cavalli, ciò che non le succedeva prima delle iniezioni antitossiche di siero di cavallo.

La cutireazione con estratto alcoolico di forfora di cavallo fu positiva, e riuscì anche positiva con la proteina coagulata di detta forfora, alla diluizione 1:100; coll'alcali-metaproteina debolmente positiva 1:100.000; negativa con la proteina del siero di cavallo.

Fu cominciato il trattamento l'8 sett. con circa 2 milligr. sottocutanei di una diluzione di 1.100.000 di alcali-metaproteina di forfora; la settimana seguente furono somministrati 5 milligr. e dopo di questi il paziente cominciò a poter stare sdraiato senza affannarsi; durante le quattro settimane successive la cura fu continuata aumentando gradualmente la quantità di proteina alla medesima diluizione. Erano scomparsi l'affanno, la tosse, l'espettorato. Il 27 ottobre si passò a 2 milligr. di soluz. 1:100.000. Il paziente era già capace di passeggiare in collina senza affannarsi. Si cercò

allora di somministrare la settimana successiva 4 milligr. di questa stessa diluzione, ma insorse tosse, affanno, violento dolore al braccio. Si ritornò quindi il 10 novembre a 2 mill. e poi a 3 e 4; la paziente non ebbe inconvenienti; si sentiva forte e poteva andare per due miglia in carrozza. Dopo altre 5 dosi settimanali di questa concentrazione si passò a quella di 1:10.000 (10 dosi progressive) e al termine di questo periodo l'inferma stava benissimo e poteva andare coi cavalli senza avere asma. Durante 3 mesi ancora fu contnuato il trattamento con dosi crescenti di soluzione 1:1000, e poi con 4 iniezioni di concentrazione 1:100. La cutireazione, già positiva 1:100.000 era divenuta negativa 1.100. Cessata la cura, 4 mesi dopo l'inferma stava ancora benissimo.

II. Vi sono ora *gli infermi sensibili alle proteine del polline*. Per questi il trattamento è molto semplice: assodato, mediante le cutireazioni in serie di cui più avanti è stato detto, a quale pianta appartiene il polline, verso cui l'infermo è sensibilizzato, il problema terapeutico è molto semplice: togliere, mediante la diretta vaccinazione antianafilattica con le proteine di questo polline, la sensibilizzazione, e quindi rendere l'individuo immune all'inalazione o all'ingestioni di questo polline, e al conseguente shock anafilattico sotto forma di accesso asmatico.

A questo riguardo io dovrei uscire dal campo dell'asma bronchiale per entrare in quello così strettamente confinante della febbre da fieno, sulla quale gli studi americani di questi ultimi anni non si contano più.

La febbre da fieno, che da noi è relativamente rara, sembra essere nel Nord-America assai più diffusa, ed essa viene oggi senz'altro inquadrata nell'ordine di idee, che veniamo esponendo per l'asma. Con un accordo ed una semplicistica convinzione impressionante, tutti gli studi fatti sulla febbre di fieno concludono che di fronte ad un paziente affetto da tale malattia bisogna subito cercare, colle reazioni immunitarie qual'è il polline anafilatizzante: quindi preparare subito il relativo vaccino, ed iniettarlo. Un'immensa letteratura ha studiato i pollini di centinaia di piante, soprattutto Graminaceae, Ambrosiaceae, Artemisiae, Chenopodiaceae; sotto tutti i punti di vista: botanico, organolettico (forma, dimensioni) stagionale, di propagazione (venti, insetti), di produzione (così è stato contato che una sola pianta di *Ambrosia elatior* può produrre ogni giorno 4 miliardi di granelli di polline), geografico ecc. Di ognuno di questi pollini si sono fatte le soluzioni di titolo stabilite per la immunodiagnosi o la immunoterapia; e sfogliando la rèclame dei maggiori giornali medici nordamericani si trova come molte case (per es. H. K. Mulford Co. di Filadelfia, Lederle Antitoxin Laboratories, Shieffelin e Co. di New-York ecc.) già offrono le serie complete e progressive di antigeni di polline per la diagnosi, l'immunizzazione e la cura della febbre da fieno (72).

Poichè così concepite asma da proteine di pollini e febbre da fieno si sovrappongono, è chiaro come per gli asmatici di questa categoria si siano potute fare larghissime applicazioni terapeutiche con i vaccini così abbondantemente preparati dai pollini. Ed anche in questo gruppo gli autori riportano confortevoli risultati finali.

III. Resta l'ultima categoria di asmatici, *sensibilizzati:* cioè quelli che dànno una *cutireazione positiva verso le proteine batteriche*. In genere si trova sensibilizzazione verso lo Staphylococcus pyogenes aureus, lo Staph. albus, lo Streptococcus haemolisans o viridans, verso uno speciale germe difteroide molto spesso trovato e verso un non meglio identificabile bacillo gram-negativo, che avrebbe speciali caratteri culturali; nei quali non mi addentro.

Non di rado la sensibilizzazione è risultata multipla. Questi infermi sono stati curati con i vaccini dei germi rispettivi, sia vaccini comuni (stok vaccines) sia autovaccini (preparati cioè col germe proprio). Walker prepara (non posso scendere a maggiori particolari) i suoi vaccini, uccidendo i germi a 56° C. per $^3/_4$ d'ora e aggiungendo fenolo a 0.25%.

Egli consiglia di iniettare l'intera massa di germi uccisi sotto forma di vaccino e non le sole proteine batteriche, perchè in tal modo l'infermo acquista l'immunità batterica e si dissensibilizza verso le loro proteine, mentre la cura colle sole proteine può dissensibilizzare ma non proteggere contro i germi viventi.

Secondo le statistiche di Walker, che sono le più recenti pubblicate (febbraio 1919) su 400 infermi di asma bronchiale, 28 che reagivano positivamente alle proteine batteriche, furono trattati con i relativi vaccini e nel 75% si ebbe la scomparsa dell'asma.

Il trattamento vaccinico dell'asma è stato applicato da Rogers (73) nel Bengala, ove pare che questa malattia sia notevolmente frequente. Egli ha fatto autovaccini con insemenzamento da espettorato dei pazienti, senza curarsi di studiare a fondo i germi sviluppatisi; la prima dose di vaccino è stata di 50 milioni; le successive variabili secondo i soggetti. A prescindere dai casi non seguiti per un tempo sufficiente, egli in alcuni ha veduto miglioramenti stabili (cessazione degli accessi) fino a due anni e mezzo dopo la cura.

Anche Rubenstone (74) si è valso di autovaccini preparati con tutte le varie specie batteriche col-

(72) Esiste a New-Orleans una American Hay-Fever Prevention Association, ed una Hay-Fever Clinic.

(73) ROGERS L. — *The Practitioner*, giugno 1916.

(74). RUBENSTONE. — *New York Med. Journ.*, 17 ag. 1918.

tivate dallo sputo degli asmatici, senza preoccuparsi quali fossero patogenetiche. Ha avuto, su 10 asmatici, in 6 la scomparsa degli accessi e in 3 uno spiccato miglioramento.

B). Resta a considerare la seconda grande categoria di asmatici cioè i *non sensibilizzati*, quelli che non dànno reazione positiva nè alle proteine animali, nè a quelle vegetali, nè a quelle batteriche. I moderni metodi di terapia ad essi non sarebbero evidentemente applicabili, poichè non determinati da alcuna guida. Ma anche verso questi individui non sensibilizzati (o, più esattamente, non sensibili alle varie sostanze con cui erano saggiati, poichè non possiamo escludere che fossero sensibilizzati verso altre) sono stati fatti, con buoni effetti, tentativi di terapia vaccinica, partendo dal concetto che tali infezioni appartenessero ad un tipo infettivo, o dipendessero da germi localizzati nelle prime vie respiratorie. Quindi per essi furono preparati vaccini con culture prese dalle loro secrezioni nasali o dallo sputo. Queste colture furono fatte in due modi: o su agar a piatto, (si videro sviluppare colonie di vari germi, sopratutto stafilococchi e streptococchi) formando poi i vaccini sia da tutti i germi coltivati sia da quello predominante; o in brodo destrosato, in cui si svilupparono dei microrganismi non bene identificati, morfologicamente simili allo streptococco, grampositivi e insolubili nelle bile. E gli asmatici furono trattati o con l'uno o con l'altro tipo di vaccini, o con entrambi, sia successivamente, sia contemporaneamente. In uno dei suoi studi Walker riporta il 40–50% di cessazioni degli accessi e circa il 20% di miglioramenti in questa categoria di asmatici non sensibilizzati, dopo il trattamento con i vari vaccini batterici suddescritti.

Ma oltre i metodi di Walker e seguaci, che fin qui ho particolarmente descritti, altri ne sono stati proposti, nello stesso ordine di idee.

Sempre partendo dal concetto che l'asma sia dovuta a sensibilizzazione da proteine eterogenee, Kahn ed Emsheimer (75) hanno tentata l'*immunizzazione mercè sangue autogeno* defibrinato, preferibilmente prelevato durante gli attacchi. Con questi antigeni trattarono sei pazienti con evidenti miglioramenti.

Ancora un passo avanti è stato fatto da autori inglesi; citerò di essi l'Auld (76) che accettando la teoria anafilattica dell'asma, propone la dissensibilizzazione e la vaccinazione degli asmatici con iniezioni di peptone (di Witte o di Armour). Weil (77) aveva emesso l'ipotesi che l'anafilassi potesse esser dovuta a formazione di peptone per proteolisi della seconda dose (scatenante) di antigene da parte degli anticorpi formati dalla prima dose e legati verosimilmente ai tessuti. Quest' ipotesi cadde colla dimostrazione della possibilità di ottenere l'anafilassi mediante antigeni non proteici quali agar, pararabina (Bordet e Zunzt), acido salicico, ecc. Nacque allora l'idea, fra gli altri sostenuta da Bronfenbrenner e Jobling che il peptone si formasse dal sangue stesso: ma anche questa teoria fu demolita per opera principalmente di di Vau Sylke e Auer e di Bayliss. Oggi hanno consenso le vedute di Novy (78) basate sul fatto che il siero normale è tossico, nel periodo immediatamente precedente la coagulazione, per la presenza di un catalizzatore, e ciò parallelamente alla formazione della fibrina. Si tratta di modificazioni molecolari tautomeriche. Pare ancora che la nota accelerazione delle coagulazioni prodotta dal peptone rientri in quest'ordine di fenomeni. Quando il siero è digerito con peptone, agar o proteine batteriche si produce una simile e più forte tossicità e l'iniezione di questi prodotti indica uno stato esplosivo simile all'anafilassi. Novy crede che l'antigene agisca solamente come induttore, non tossico per se stesso, e lo shock anafilattico specifico sia dovuto alla produzione di questo veleno dal sangue e dai tessuti per mezzo dell'azione indicata antigene–anticorpo.

Auld partendo dalle concezioni di Novy (79) ha concluso non esservi alcuna ragione di scegliere una sostanza piuttosto che un'altra quando si deve dissensibilizzare un individuo; e quindi il peptone può, effettuare la dissensibilizzazione degli asmatici da qualunque antigene siano sensibilizzati. Ed esso merita la preferenza anche in vista delle ricerche di Weil che dimostrano l'azione antianafilattica del peptone non solo verso sè stesso, ma verso gli altri antigeni; così per es. se un individuo è sensibilizzato verso l'albumina d'uovo, un'iniezione di peptone può rendere abortiva l'azione scatenatrice di anafilassi che potrebbe avere una seconda dose di albumina.

Secondo Auld dunque le prove cutanee negli asmatici sono inutili, e la loro dissensibilizzazione e vaccinazione può essere fatta con dosi terapeutiche di peptone.

Per quanto, che io mi sappia, finora non confermati, i risultati riferiti da Auld sono confortanti.

Si tratterebbe verosimilmente, in ultima analisi, nell'anafilassi degli asmatici, non di una sen-

(75) KAHN M. H. ed EMSHEIMER H. M. — *Arch. of int. Med.*, 16 ott. 1916.

(76) AULD A. G. — *British med. Journ.*, 5 maggio 1917; Id. — *British med. Journ.*, 20 luglio 1918, 49.

(77) WEIL R. — *Journ. Imm.*, 1917, 2°, 439.

(78) NOVY. — *Journ. Infec. Diseases*, maggio-giugno 1917.

(79). Novy giunge a dire che la tossicità dei batteri patogeni è della stessa specie di quella dell'agar, l'intossicazione essendo invariabilmente prodotta da cambiamenti del plasma; quindi secondo lui la parola *endotossina* non ha ragione di esistere.

sibilizzazione specifica per le varie proteine ma di una ipersensibilità, che direi di gruppo, cioè prodotta da un nucleo comune a tutte, e che si trova anche nel peptone, il quale può quindi servire bene per la vaccinazione e l'immunizzazione.

Da ciò, se è vero, la terapia antianafilattica dell'asma bronchiale esce grandemente semplificata, per l'abolizione dell'obbligo di identificare, prima di intraprendere il trattamento, quale è la proteina specificamente sensibilizzatrice di questi infermi.

E così dunque tutto il rinnovato capitolo dell'asma bronchiale attende ancora di venir completato.

Le moderne concezioni etiologiche e patogenetiche, non meno delle ardite deduzioni curative, specie per quanto viene desunto dal campo della anafilassi, se pur suggestive, vanno accolte, io credo, colle più serene ma ferme riserve. Anche scevri da pregiudizi o misoneismi noi non sapremmo abbracciare con fede sicura tutte le nuove vedute, non solo per la loro reale consistenza, quale oggi appare conoscendole appieno e sottoponendole a critica, ma soprattutto per la mancanza di una larga esperienza e di un vasto controllo, l'una e l'altro più che mai indispensabili quando si tratta di una malattia oscura, capricciosa e ribelle, quale è l'asma bronchiale.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

La tubercolosi dell'uretere.

(H. LORIN. *Gazette des Hopiteaux*, n. 7, 8 febbraio 1919).

La storia della tubercolosi dell'uretere è così intimamente legata a quella della bacillosi del rene e della vescica, che abitualmente è assorbita e perduta nella descrizione generale della tubercolosi urinaria. Benchè la tubercolosi dell'uretere non sia mai, per così dire, la localizzazione esclusiva del bacillo di Koch sull'apparato urinario, pure il suo studio è importante: 1º) perchè può permettere di delucidare in parte la questione sempre discussa del cammino delle lesioni tubercolari dal rene alla vescica; 2º) perchè pone la questione del trattamento che bisogna applicare all'uretere al momento dell'estirpazione del rene per tubercolosi reno-ureterale. Questa affezione è, per contro, ben conosciuta dal punto di vista anatomico e clinico.

ANATOMIA PATOLOGICA. — Le lesioni tubercolari si presentano sotto forma di granulazioni, di ulcerazioni o di infiltrazioni massive.

Nell'infiltrazione granulosa, la mucosa dell'uretere presenta un numero più o meno grande di piccole granulazioni miliari leggermente rilevate, che, se confluenti, dànno alla mucosa un aspetto zigrinato.

Le ulcerazioni sono generalmente separate da striscie di mucosa sana. Quando confluiscono, la regione prende un aspetto alveolare.

Nell'infiltrazione massiva, la parete dell'uretere è invasa in massa da neoformazioni tubercolari voluminose e confluenti, che possono rammollirsi e dare un'ureterite cavernosa. Generalmente è invasa la totalità del condotto. L'uretere è grosso, duro, solido, a pareti spesse, con lume ristretto. Alla superficie interna del condotto non si riscontra più nulla che ricordi l'aspetto normale della mucosa. La parete contiene grumi caseosi. Non si distinguono più gli strati normali dell'uretere.

Le lesioni superficiali, per Verriotis, indicherebbero una contaminazione diretta per le urine: l'infiltrazione massiva si realizzerebbe per la via ematogena.

Sotto l'influenza di tali lesioni l'uretere può dilatarsi, restringersi, obliterarsi.

Nel periodo delle lesioni iniziali, la cavità dell'uretere raddoppia, triplica di grandezza, diviene irregolare, flessuosa, si allunga. Al cateterismo si riscontra spesso un certo grado di ritenzione, di ristagno ureterale. Oltre questa dilatazione precoce, dipendente con molta probabilità dallo spasmo della vescica, abitualmente malata, ne esiste una secondaria all'eliminazione di sostanza caseosa: dilatazione per distruzione. In alcuni casi, la dilatazione è provocata da un restringimento di un segmento sottostante.

Il restringimento si può osservare nei differenti periodi della malattia: se precoce, dipenderà dalla confluenza delle granulazioni, dalla salienza di un tubercolo; se tardivo, indica un'infiltrazione massiva. Si possono avere più restringimenti sovrapposti e dilatazioni intermediarie. La stenosi infine può essere fibrosa, di origine cicatriziale.

L'obliterazione completa dell'uretere, che solo l'esame microscopico può dimostrare con certezza, si riscontra sopratutto nei periodi avanzati della malattia, nel 16–18 per 100 dei casi. Dipende il più delle volte da infiltrazione massiva, e coincide quasi costantemente con un'obliterazione totale del bacinetto e dei calici. Il rene presenta l'aspetto cistico caseoso: esso è escluso, senza essere per questo guarito. Raramente l'obliterazione è di natura fibrosa, cioè espressione di un processo di guarigione.

La tubercolosi dell'uretere invade qualche volta il tessuto cellulare ambiente.

Può trattarsi d'una periureterite con aderenze

dall'uretere al rene, ai vasi, al peritoneo, all'intestino, o nei casi di lunga durata d'una periureterite fibro-lipomatosa ipertrofica. La periureterite non indica sempre infiltrazione massiva dell'uretere; in qualche caso le lesioni non oltrepassano la sottomucosa.

Le lesioni ostiali hanno una particolare importanza anatomica e patogenica. È negli orifici che si devono osservare le lesioni iniziali di passaggio: esse indicheranno se la tubercolosi è risalita dalla vescica all'uretere, o se è discesa dal rene verso il condotto escretore.

La cistoscopia permette di constatare la frequenza e la precocità delle lesioni dell'orificio vescicale.

In principio, non si osserva che un semplice stato congestivo della mucosa che orla l'orificio ureterale. Più tardi si ha una ulcerazione. Il meato ureterale è nettamente il punto di partenza delle lesioni, e l'ulcerazione si fa più superficiale, a misura che si allontana dall'orificio; anche quando la vescica è ulcerata in tutta la sua estensione, l'ostio resta ancora il centro delle lesioni. L'uretere s'apre qualche volta sul fondo di una vera caverna, la quale sta a dimostrare una lesione uretero-renale, perchè le lesioni della vescica sono di per loro incapaci di distruggere la terminazione dell'uretere.

L'orificio ureterale è spesso dilatato: quando invece le lesioni evolgono verso la cicatrizzazione, l'orificio può restringersi.

Le lesioni tubercolari del bacinetto principiano a livello della inserzione del calice alla papilla; qui si possono osservare tutte le lesioni riscontrate sulle parti inferiori dell'uretere. Il restringimento situato in alto può impedire l'evacuazione delle secrezioni e occasionare l'idronefrosi tubercolare. Se si produce l'ostruzione, il contenuto del rene si ispessirà per riassorbimento.

PATOGENESI. — All'infuori di rarissimi casi di tubercolosi primitiva, tutto sta a dimostrare che la tubercolosi dell'uretere è preceduta da un altro focolaio urinario, e che a delle lesioni recenti dell'uretere rispondono generalmente lesioni antiche del rene o della vescica. E l'uretere, quando è colpito, lo è sopratutto a livello delle sue estremità.

Le prove anatomo-patologiche in favore della tubercolosi ascendente dell'uretere non sono nè numerose nè molto convincenti. Persino nei casi in cui accanto ad una vescica diffusamente ulcerata si trova che solo gli ultimi centimetri dell'uretere portano lesioni avanzate, l'esame accurato del rene dimostra sempre delle lesioni tubercolari. Tuttavia è stato dimostrato che la tubercolosi ascendente dell'uretere è possibile, quando l'urina vescicale rifluisce nell'uretere dilatato.

Se ormai è nozione ammessa che la tubercolosi ascendente dell'uretere è eccezionale, non è men vero che dev'essere aggiunto qualche correttivo.

1°) In un soggetto affetto da tubercolosi uretero-renale, la vescica può inoculare l'uretere e il rene del lato sano.

2°) L'uretere malato si fa risentire secondariamente sul rene che l'ha inoculato. Esso compie in modo imperfetto il suo ufficio di canale escretore dell'urina: sclerosato, indurito diventa atono; l'urina scorre con difficoltà; si produce la stasi nel bacinetto.

La stasi ureterale, l'obliterazione abbastanza frequente dell'uretere, sono fattori che modificano lo stato del rene soprastante, che viene parzialmente o totalmente escluso. La stenosi dell'uretere può, in un soggetto affetto da tubercolosi renale, creare dei sintomi ingannatori. Essa impedisce al pus renale di scolare nella vescica, rende alle urine la loro limpidezza, e tuttavia, dietro questo miglioramento apparente, il rene finisce col distruggersi.

Tutto sembra dunque dimostrare che nella maggior parte dei casi la tubercolosi dell'uretere è secondaria ad una lesione del rene. Si è ricercato con qual processo anatomico si fa questa propagazione.

a Propagazione per continuità.

Non è questo il caso più abituale: le lesioni ureterali sono spesso disseminate.

b) Propagazione per le urine tubercolose.

c) Propagazione per via sanguigna.

d) Propagazione per via linfatica.

SINTOMI. — In mezzo ai sintomi che presenta un soggetto affetto da tubercolosi renale, è spesso difficile sapere quali sono quelli che appartengono al rene o al suo canale escretore. È nondimeno abbastanza utile conoscere lo stato preciso dell'uretere.

SEGNI FUNZIONALI. — 1° *Dolore.* Il dolore spontaneo sul tragitto dell'uretere è piuttosto incostante, spesso indipendente dall'ostruzione del condotto. Nell'uomo, si accompagna spesso a irradiazioni dolorose lungo il cordone spermatico e fino al testicolo. Sopratutto nella tubercolosi con periureterite intensa i dolori sono più risentiti. Le crisi ureterali possono simulare la colica nefritica. Infatti si può avere nell'uretere migrazione di prodotti caseosi.

2° *La pollakiuria notturna* dipende sia dall'uretere che dalla vescica. Tuttavia si è vista mancare in malati di intensa ureterite.

3° *L'incontinenza d'urina* Può essere talvolta attribuita all'ureterite. Lo prova il fatto che persiste talvolta dopo la nefrectomia; come se l'uretere, contraendosi frequentemente per respingere i prodotti patologici, determinasse contrazioni riflesse troppo ripetute della vescica.

4° *Piuria ed ematuria.* Dipendono egualmente

dall'uretere e dal rene, e la loro origine è generalmente impossibile a chiarirsi.

SEGNI FISICI. — 1° *Ricerca dei punti dolorosi.* Si è descritta una serie di punti dolorosi ureterali che si metteranno in evidenza con la palpazione dell'addome:

Il punto sotto-costale situato a livello della estremità anteriore della 12ª costa.

Il punto costo-muscolare: si trova in cima all'angolo formato dall'ultima costa e dal margine esterno della colonna vertebrale. Appartiene specialmente al rene.

Il punto para-ombelicale di Bazy: è situato alla intersezione di una linea trasversale che passa per l'ombelico e di una verticale che traversa il punto di Mac Burney.

Il punto ureterale di Hallé: risponde alla intersezione di una linea che unisce le spine iliache antero-superiori con una verticale che parte dalla spina del pube.

La pressione di tutti questi punti e di altri segnalati da Pasteau risveglierebbe dei riflessi dolorosi dal lato del rene o della vescica. Benchè questi punti dolorosi spesso manchino, la loro constatazione è qualche volta preziosa.

2° *Aumento di volume dell'uretere.* Nel periodo avanzato delle lesioni, qualche volta nei soggetti magri si può sentire l'uretere sotto forma di un cordone duro discendente incollato contro la parete addominale.

3. *Esplorazione rettale.* In caso di tubercolosi urinaria avanzata, si può arrivare a sentire lateralmente e al disopra della base della prostata l'uretere assai voluminoso. Più facilmente, la pressione provoca vivo dolore e violento desiderio di urinare (riflesso uretero-vescicale di Bazy).

4. *Esplorazione vaginale.* Permette facilmente di apprezzare i cambiamenti di volume e di consistenza dell'uretere. La sensazione d'un grosso cordone duro, nodoso, obliquo è un segno prezioso. È con l'esplorazione vaginale che è più facile palpare l'uretere (62 p. 100 risultati positivi).

DIAGNOSI. — Quando la piuria e i sintomi permettono di pensare a una tubercolosi reno-ureterale, bisogna confermare la diagnosi con l'esame strumentale.

CISTOSCOPIA. Le lesioni predominano intorno al meato dell'uretere malato. In uno stadio assai precoce, si constatano semplicemente congestione ed edema: più tardi granulazioni od ulcerazioni. L'orificio presenta qualche volta una rigidità che spiega le modificazioni della eiaculazione ureterale. In altri casi il meato appare dilatato, bordato di ulcerazioni. Quando l'uretere è ostruito, l'orificio vescicale presenta un aspetto cicatriziale. La ricerca dell'uretere è spesso difficile, quando le ulcerazioni sono numerose e profonde. L'uscita di liquido purulento o sanguinolento può permettere di riconoscere la sede del meato. La mucosa vescicale non presenta intorno all'orificio dell'uretere sano delle lesioni, che eccezionalmente. Così si comprende come spesso la cistoscopia permetta di riconoscere qual'è l'uretere malato.

CATETERISMO URETERALE. — Il cateterismo, prezioso per isolare le urine del rene malato, permette inoltre di rendersi conto dello stato dell'uretere. Può far conoscere l'esistenza d'un restringimento, ma occorre sapere che la sonda può urtare senza che esista una stenosi fibrosa. Può infatti essere arrestata da una piega della mucosa, da un ammasso caseoso. Un restringimento potrà sembrare in principio insuperabile, mentre una sonda più piccola potrà sorpassarlo. Se nessun istrumento, per piccolo che sia, potrà passare e se non si vede scorrere urina, si diagnosticherà una ostruzione dell'uretere. Vi sono dei casi in cui il sondaggio inibisce momentaneamente il rene, facendo credere a una ostruzione dell'uretere. Talvolta l'introduzione della sonda determina la brusca evacuazione d'una notevole quantità di urina e di pus: si avrà allora la prova di una dilatazione ureterale.

RADIOGRAFIA. — L'uretere caseoso o calcareo darà un'ombra più o meno netta.

PIELO-URETEROGRAFIA. — La radiografia, previa iniezione di collargolo nel bacinetto e nell'uretere, fa conoscere le modificazioni del calibro ureterale.

BIOPSIA. — Buerger ha proposto di asportare col cistoscopio operatore un piccolo frammento della mucosa ureterale e di esaminarlo istologicamente per riconoscere la specificità dell'ureterite.

Con questi differenti processi si arriverà a fare una diagnosi pre-operatoria abbastanza precisa delle lesioni dell'uretere in un soggetto affetto da tubercolosi renale. Sarà facile controllare questa diagnosi al momento dell'intervento chirurgico quando si può palpare l'uretere. Si comprenderà l'importanza di questa diagnosi pensando che per qualche chirurgo la principale difficoltà nel corso di una nefrectomia è di sapere il trattamento da applicare all'uretere.

PROGNOSI. — Quando la tubercolosi è discesa dal rene all'uretere, la prognosi è aggravata. La vescica ha allora assai più probabilità di ammalarsi a sua volta. L'ureterite tubercolare è, d'altra parte, spesso assai dolorosa, molto più che non la tubercolosi renale. Può determinare la stasi nel bacinetto, con gravi conseguenze.

Quando l'uretere finisce con l'ostruirsi e trasforma il rene in una massa caseosa, la guarigione così ottenuta è più apparente che reale, e questa esclusione del rene non avviene senza sofferenze e senza pericoli.

TRATTAMENTO. — Non c'è un trattamento isolato della tubercolosi ureterale. Poichè è sempre

preceduta dalla tubercolosi renale, la sola maniera di guarire l'ureterite è quella di fare la nefrectomia del rene malato. Tuttavia la questione della condotta da tenersi di fronte all'uretere ha la sua importanza perchè l'apparizione di alcune complicazioni postoperatorie (fistole purulente o urinarie) e la persistenza di certi sintomi (piuria, bacilluria, pollakiuria) sono spesso dovute alla presenza al fondo della piaga di un moncone ureterale infetto. Ad evitare tali accidenti alcuni sperano di trovare il mezzo preventivo ideale nella ureterectomia totale: altri si accaniscono a trattare in modo complesso il moncone ureterale conservato.

L'URETERO-NEFRECTOMIA. — Loebker mette a nudo dopo ablazione del rene il bacinetto e l'uretere. Se non trova nessuna parte sana dell'uretere, fa una nuova incisione come per abbordare l'arteria iliaca esterna, e cerca l'uretere; lo lega in un punto sano e lo taglia. Si evitano così le fistole.

L'ureteroctomia ha dei vantaggi: permette di togliere un condotto malato, evita l'evoluzione delle lesioni ureterali. Ma ha pure degli inconvenienti: aggrava la prognosi operatoria immediata. D'altra parte è difficile fare una ureteroctomia assolutamente completa.

Perciò l'ureteroctomia totale è sempre meno usata; la maggior parte dei chirurgi fa una ablazione parziale dell'uretere, in misura tale da non ingrandire la ferita. Il prof. Legueu taglia sempre l'uretere il più in basso possibile.

FISSAZIONE DELL'URETERE ALLA PIAGA LOMBARE. — Facilita l'ablazione secondaria dell'uretere, ma espone a fistole interminabili. Gallant lascia l'uretere sotto la pelle e permette a questa di chiudersi al disopra del moncone ureterale. Questo metodo è sopratutto necessario quando vi ha un restringimento basso dell'uretere.

TRATTAMENTO DELL'URETERE CON IL RASCHIAMENTO, IL CALORE, L'ELETTRICITÀ. — Israel distruggeva la mucosa del moncherino per più centimetri, col termocauterio. Scheede raschia la mucosa e poi la termocauterizza. Kimmel mette nella piaga un galvanocauterio di platino portato al rosso cupo, distruggendo così mucosa e sottomucosa.

TRATTAMENTO DELL'URETERE CON ANTISETTICI. — Questo trattamento ha preso un grande sviluppo negli ultimi anni. Sono stati usati l'iodoformio, il sublimato, l'acido fenico.

SUTURA DELL'ORIFICIO SUPERIORE DELL'URETERE. — Ha per iscopo di ottenere una occlusione durevole della parte superiore dell'uretere.

SEZIONE DELL'URETERE FUORI DELLA FERITA. — Si seziona l'uretere al difuori della ferita quando essa è suturata, e si fissa poi il moncherino ureterale alla ferita stessa. Ma questa tecnica espone a fistole interminabili.

SEZIONE BASSA AL TERMOCAUTERIO E LEGATURA DELL'URETERE. — Tra due pinze di Kocher poste il più in basso possibile, si seziona l'uretere, se ne cauterizza la mucosa e poi se ne lega il capo inferiore.

Da qualche mese, s'incolpa sempre meno il moncone ureterale come causa delle fistole e degli accidenti postoperatori: per Mayo, Delbet, Legueu, il drenaggio sarebbe la causa principale di questi accidenti.

L'URETERE DOPO LA NEFRECTOMIA. — Clinicamente, l'uretere tubercoloso resta silenzioso nella maggior parte dei casi. Diventa fibroso, progressivamente si oblitera. Finchè è permeabile, le sue contrazioni persistono. Talvolta continuano dei dolori che non si sa se attribuire alle lesioni vescicali. L'uretere resta spesso per qualche tempo grosso e duro alla sua parte terminale; ma dopo qualche mese tutti questi segni spariscono; e questa guarigione dell'ureterite costituisce la ragione per cui la maggior parte dei chirurgi trova inutile praticare abitualmente l'ureteroctomia totale.

COMPLICAZIONI. — Vi sono dei casi in cui le lesioni continuano a evolvere oppure s'aggravano e determinano complicazioni.

1° *Le ematurie ureterali* postoperatorie, sono abitualmente senza gravità.

2° *Fistole urinarie.* — L'urina risale dalla vescica nell'uretere di cui il rene è stato asportato, e di là scorre per la ferita lombare. Perchè si produca questo, bisogna che l'orificio vescicale sia ulcerato e l'uretere assai dilatato. È un accidente benigno che guarisce di solito spontaneamente.

3° *Fistole purulente.* — Sono più frequenti; guariscono spontaneamente e abbastanza rapidamente. Il drenaggio sarebbe un fattore importante delle fistole (Mayo, Legueu). Comunque, l'influenza favorevole della ureteroctomia secondaria sull'evoluzione delle fistole persistenti, mette in evidenza l'importanza dell'uretere.

4. *Piuria e bacilluria prolungate.* — Qualche volta l'uretere, non già la vescica, mantiene la piuria e la bacilluria.

5. *Ascessi ureterali.* — Talvolta si formano dei veri ascessi freddi nell'uretere.

B. MASCI.

MEDICINA.

Gli insegnamenti della guerra relativi al tetano.

(L. BAZY. *Journal des Praticiens*, 15 marzo 1919).

Il tetano è una delle malattie studiate più a lungo sia dal punto di vista clinico che batteriologico: sembrava che dopo le ricerche di Roux e Vaillard [di Tizzoni e di Behring - *nota del redat.*], che ci hanno dato la sieroterapia antitetanica, fosse stata detta l'ultima parola. La guerra ci ha mostrato invece che, a malgrado l'iniezione antitetanica preventiva, si possono osservare dei casi di tetano, che sono stati chiamati *post-serici;* si tratta di una forma per immunizzazione incompleta, che rappresenta un bell'esempio dei tipi morbosi modificati, di cui la medicina preventiva sta dotando la storia naturale delle malattie infettive.

Ad ogni modo dalla guerra noi abbiamo appreso: 1) che la sieroterapia preventiva antitetanica è efficace nella grande maggioranza dei casi; 2) che essa, quando agisce incompletamente, modifica talmente l'andamento della malattia, che ne balza fuori una forma nuova; 3) si deve dunque cercare di usare il siero in modo più razionale, e completare la sua azione con quella del vaccino.

***

Sull'efficacia della sieroterapia non v'è più da avere alcun dubbio; diversi fatti che dimostrano tale asserto sono portati dall'A., fra cui quello di 200 feriti tedeschi di cui per mancanza di siero solo 100 poterono ricevere l'iniezione preventiva; in questi si verificò un solo caso di tetano sviluppatosi nel giorno susseguente all'iniezione, negli altri 100 se ne verificarono 18.

L'immunità data dal siero non è però assoluta, per due cause principali: *a*) la quantità di tossina secreta è troppo grande in confronto con la dose di siero e si ha allora un tetano post-serico precoce; *b*) talora l'immunità è esaurita nel momento in cui, per un intervento chirurgico o un traumatismo, si liberano delle spore racchiuse nei corpi estranei incistati: si ha allora un tetano post-serico tardivo.

I tetani post-serici, con il loro quadro sintomatico particolare, sono la prova migliore della efficacia del siero; è la presenza dell'antitossina che domina la situazione e tutto si riduce alla lotta fra essa e la tossina. Nel tetano ordinario, che si verifica negli individui, che non hanno mai ricevuto iniezione di siero, la tossina raggiunge man mano tutte le tappe del sistema nervoso, dai nervi lesi ai centri bulbo-midollari. Nel tetano post-serico, invece, che è il risultato di una protezione incompleta, la reazione dei centri superiori può mostrarsi irregolare ed incoordinata; vengono di solito risparmiati i centri superiori, che sono di solito gli ultimi affetti, e si osservano molti tetani localizzati all'arto leso, vere nevriti tetaniche, con disturbi tropici, fra cui l'osteoporosi che può anche condurre a fratture spontanee. Si notano inoltre degli accidenti cerebrali come disturbi mentali, allucinazioni, deliri, che, per l'invasione graduale del tetano, arrestantesi quindi al bulbo, non si erano mai osservati prima di ora.

Da questi fatti si possono trarre delle indicazioni per la prognosi; questa è ancor più grave, quanto più lungo è l'intervallo fra l'iniezione preventiva e lo sviluppo dei primi segni, e quanto meglio sono stati protetti i centri nervosi superiori. Sotto tale punto di vista si deve prestare grande attenzione alla presenza o meno del trisma; se questo è assente, si tratta di forme con minore gravità: se si presenta tardivamente, ed incompletamente insieme con la contrattura locale, si deve concludere per una incompleta protezione dei centri bulbo-midollari, e per una prognosi meno favorevole: se poi il trisma si presenta subitaneamente, se ne deve inferire che lo effetto protettore è esaurito, i centri superiori possono venire affetti, ed il caso è quasi sempre mortale.

***

Conclusioni terapeutiche. — La cura del tetano deve essere da un tempo patogenico e sintomatico. Tenuto conto che l'iniezione di siero modifica il decorso del tetano e gli imprime un carattere di benignità, si può sperare di curarlo, anche se si sono già manifestati i primi sintomi. Si iniettano allora in due o tre giorni, 100-200 cmc. di siero ed anche più; esso se non agisce sulla tossina già fissata sugli elementi nervosi, può agire su quella che i bacilli non ancora distrutti secernono ancora nella ferita.

Per quanto riguarda il modo d'introduzione, sono state tentate parecchie vie; praticamente però la migliore è quella sottocutanea.

A questa cura occorre aggiungere quella sintomatica, e cioè: 1) i persolfati alcalini che tendono a distruggere la tossina (iniezioni endovenose di 20 cmc. di persolfato di sodio neutro al 5 %, una o due volte al giorno); 2) la novocaina (1.5 % con una goccia di adrenalina a 1 ‰) per provocare l'anestesia regionale: l'iniezione si fa nella regione del plesso brachiale per l'arto superiore ed in generale in vicinanza ai tronchi nervosi dell'arto contratto; 3) il cloroformio o l'etere al momento delle crisi, e sempre quando un tetanico debba venir sottoposto a qualche intervento doloroso.

Meglio però vale prevenire lo sviluppo del tetano post-serico.

Questo può verificarsi sopratutto per secrezione abbondante di tossina quale si ha in ferite suppuranti, mai drenate. Specialmente in caso di ferite gravi dell'arto inferiore, e di congelamenti, bisogna far subito un'iniezione di 20-30 cmc. di siero e ripeterla ogni otto giorni per un buon mese, quando si sia in presenza di ferite infette.

Per quanto riguarda la prevenzione dei tetani tardivi (1-4 mesi dopo la ferita), occorre tener presente che le spore tetaniche posono rimanere allo stato latente nell'organismo e può bastare un traumatismo qualsiasi (operazione, massaggio, mobilizzazione) per fare sviluppare l'infezione. Da ciò la regola di fare una nuova iniezione di siero, prima di ogni intervento.

Siccome però vi sono ferite ad evoluzione lenta, o racchiudenti tuttora corpi estranei, che costituiscono una minaccia permanente di tetano, occorre garantirsi meglio contro l'infezione, ciò che si ottiene per mezzo dei vaccini, ad azione più lenta ma più durevole. L'A. ha usato un vaccino jodato mescolando 2/3 di tossina (di cui 1/10,000 di cmc. uccideva 400 gr. di cavia) ed 1/3 di soluzione jodata (jodio gr. 1, joduro di potassio gr. 2, acqua dist. 200). Si iniettano 4 cmc. la prima volta, poi 8, poi 12; si può aumentare il numero e la dose. I risultati ottenuti dall'A. con questo vaccino, perfettamente tollerato, sono molto soddisfacenti, sicchè egli non esita a raccomandarlo. Egli consiglia di usarlo non più tardi di 5 giorni dopo l'ultima iniezione serica, in modo da evitare che una parte della tossina venga assorbita dalle antitossine del siero e divenga inadatta per assicurare la reazione immunizzante.

fil.

SEMEIOTICA.

Valore dell'esame sistematico del labirinto.

(J. H. JONES. *New York State Journal of Med.*, 1918, n. 5).

Di solito è data poca importanza dagli otologi stessi allo studio del labirinto cocleare; ma essi riconoscono che i progressi della *neuro-otologia* — cioè dello studio della porzione vestibolare dell'orecchio interno e delle sue vie intracraniche — hanno una pratica utilità non da tutti riconosciuta.

Intorno a questo studio vigono due malintesi: è impressione generale che lo studio dell'orecchio interno e delle sue vie intracraniche sia un lavoro neurologico; l'altro pregiudizio si è che tali esami siano estremamente difficili.

Non è uno studio neurologico, chè l'esame dell'orecchio interno appartiene all'otologo. Barany ha reso evidente che esso implica quello delle vie intracraniche: è un sistema indissolubile, che va dalle terminazioni nervose nel labirinto non acustico alle vie e ai centri cerebrali e cerebellari. Ora, questo studio non può essere nè complicato nè astruso, che le centinaia di combinazioni e di permutazioni delle risposte agli stimoli dell'orecchio seguono delle leggi ben definite, che regolano il nistagmo, la vertigine, i movimenti di reazione. Così gli occhi sono sempre tratti nella direzione del movimento dell'endolinfa; la vertigine invece è sempre in direzione opposta al movimento di quella.

Lo Jones insiste nell'illustrare il valore di questo studio nell'esame pratico delle condizioni dell'orecchio. Occorre un esame completo del segmento interno dell'organo acustico, in cui la porzione vestibolare è di eguale importanza della parte cocleare.

Le prove della sedia girante e la prova calorica hanno tanta importanza e significato nell'analisi della funzione del labirinto vestibolare, quanto la serie dei diapason e gli altri esami servono allo studio della funzione dell'udito.

Ogni otologo si trova di continuo di fronte a casi di sordità in cui il risultato della prova dei diapason è oscuro e non conclusivo. Se in tali casi si può dimostrare un interessamento del labirinto vestibolare si ha una conferma della lesione della porzione cocleare dell' orecchio interno.

Lo stimolo dell'orecchio interno a mezzo della rotazione o della doccia calda o fredda, fa risaltare un nistagmo che è di oggettiva evidenza nella funzione della porzione statica del labirinto e dell'VIII paio; invece il diapason e le altre prove della coclea sono soggettive e dipendono totalmente dal paziente. Nel caso in cui l'udito è normale, come mostra l'esame della coclea — salvo una marcata diminuzione della conduzione per via ossea — l'otologo è abituato a sospettare subito un'affezione sistematica, come la sifilide, perciò le nuove prove sull'orecchio sono specialmente utili e la rotazione e la doccia mostrano definitivamente se l'orecchio interno è preso o meno.

Facendo semplicemente girare il paziente dieci volte a destra e ottenendo un nistagmo di un 25″, noi possiamo concludere subito che ambedue i labirinti sono normali. È meglio ripetere la prova anche a sinistra. Il medico sarà sorpreso in molti casi che una nuova luce è gittata sulle condizioni del paziente: quelli di noi che hanno usato la sedia rotante come parte dell'esame somatico, convengono che non può farsi senza di essa, poichè

la nostra concezione sulle molteplici condizioni dell'orecchio è più chiara dopo tali esperienze.

Quando sorgono dei problemi chirurgici sull'orecchio interno, come le flogosi del labirinto, la diffusione del processo suppurativo della cassa timpanica, non v'è bisogno di aggiungere che le prove del calore, della rotazione, della vertigine galvanica, della fistola sono indispensabili a determinare la natura e il grado dell'interessamento del labirinto; queste prove sono il solo mezzo col quale il chirurgo otologo può giudicare con esattezza se l'operazione sul labirinto è necessaria o no.

Ma v'è di più. Con questi studi l'otologo può ottenere ampie, utili informazioni nel più largo campo delle relazioni fra l'orecchio e il resto del corpo, a traverso il sistema nervoso. Il valore dei dati di fatto raccolti con l'esame dell'occhio e dei suoi nervi è universalmente ammesso; ma è solo da pochi anni che un'eguale possibilità è sorta per l'orecchio. Le prove vestibolari non debbono soltanto usarsi nell'analisi delle condizioni dell'orecchio, ma nel più esteso campo delle diagnosi generali, mediche e chirurgiche. L'orecchio interno, come principale organo dell'equilibrio, assume un'importanza di gran lunga più grande dell'orecchio considerato come organo dell'udito: questo organo statico e di orientamento è intimamente connesso con numerosi centri e nervi, che nella loro ultima distribuzione interessano l'intero corpo. Quando si consideri che uno stimolo applicato all'orecchio produce dei movimenti in parti lontane come il piede e la mano e che non vi è porzione muscolare del corpo che non sia interessata dallo stimolo del labirinto vestibolare, è evidente che tutte queste parti possono essere coinvolte solo perchè i nervi conduttori si connettono con l'orecchio. Quando lo stimolo dell'orecchio produce fenomeni normali è dimostrato che queste particolari vie sono intatte; al contrario l'assenza di risultati normali, indica una lesione di una parte di quelle vie, causata da malattia.

L'otologo a mezzo di queste prove può servire al medico nell'analisi dei casi di vertigine. Siccome la vertigine è invariabilmente dovuta alla irritazione o indebolimento o distruzione di una o più parti dell'orecchio o delle vie centrali di associazione, lo studio ne riesce di una grande evidenza. Qui l'opera dell'otologo deve allearsi a quella del neurologo e spesso dell'oculista, per il fondo dell'occhio.

Importante è il nostro compito specialmente nello sceverare le forme organiche da quelle funzionali; e nel localizzare con accuratezza le lesioni dell'angolo ponto-cerebellare, del bulbo, del ponte, del cervelletto, e delle varie province del cervello, compresi i lobi parietali, temporali e occipitali.

L'A. completa il suo lavoro esponendo quanto l'otologo può dare alla aviazione: di ciò ci siamo già occupati.

Prima di chiudere questa breve rassegna mi sia lecito richiamare sul fatto, che le idee esposte dall'A. americano collimano con la convinzione che lo scrivente si è potuto formare durante il servizio otologico in un istituto psicofisiologico di aviazione militare, e che ha già esposto altrove, circa l'importanza generale degli esami del labirinto non acustico, nella semeiotica medica e chirurgica.

Tali studi sono destinati certamente a sviluppare in avvenire il loro campo di azione; essi non debbono, per l'utilità del nostro progresso scientifico, limitarsi all'otologia e alla neurologia, ma saranno chiamati al più ampio compito sopra accennato.

G. BILANCIONI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE S. GIOVANNI IN TORINO.
Sez. chir. diretta dal prof. BOBBIO.

Di un caso di elefantiasi vulvare.

Nota clinica del dott. J. ABOULARAGE, assistente.

P... M..., di Aosta, d'anni 41, cameriera, entrò nell'Ospedale il 17 febbraio 1916. Nulla nel gentilizio. All'età di 14 anni sofferse ileotifo e ne guarì bene. Prima mestruazione a 17 anni, le successive regolari per quantità e periodo. Ebbe tre parti normali, di cui l'ultimo dieci anni or sono. All'età di 32 anni contrasse la blenorragia, della quale non è stata ben curata, per cui ha sempre sofferto perdite leucorroiche, senza altri disturbi. A quanto afferma l'ammalata, non fu mai dedita a pratiche onanistiche, nè ebbe traumi alla regione genitale.

Nel 1909, precisamente due anni dopo aver contratta la blenorragia, cominciò a notare una tumefazione in corrispondenza della faccia interna al terzo superiore del grande labbro sinistro della vulva; sei mesi dopo, parallelamente alla prima, comparve un'altra tumefazione al labbro destro e due anni dopo la comparsa di quest'ultima, le due neoformazioni si fusero insieme dando origine ad un solo tumore, che andò man mano crescendo senza dare alla donna altro disturbo all'infuori d'un impaccio nella deambulazione, nel coito, e di un senso di peso e di stanchezza, per cui l'ammalata dovette ricorrere all'Ospedale.

All'esame obbiettivo si rileva donna di robusta costituzione, scheletro regolare, masse muscolari e pannicolo adiposo non tanto sviluppati. Colorito della cute pallido, mucose visibili rosee. Esame negativo del capo, collo, torace, addome ed arti.

All'esame degli organi genitali esterni l'ispezione dimostra la presenza di un tumore del volume di una testa d'adulto, di colore grigio sporco, a forma globosa, ciondolante tra le coscie, sostenuto da un peduncolo che si continua con la cute del monte di venere. La cute è spessa e non sollevabile in pliche. Il tumore si presenta diviso da un solco antero-posteriore quasi mediano in due grossi lobi, uno a destra, l'altro a sinistra. In ciascuno dei lobi si notano dei lobuli di diversa grandezza, da un pisello ad una noce, per cui il tumore assume un aspetto mammellonuto. La cute che lo ricopre in alcune parti è coperta da croste ed ha un colore violaceo.

Alla palpazione il tumore è completamente indolente e presenta in alcune parti consistenza solida, in altre, specialmente al centro e alla parte inferiore la consistenza è pastosa e molle. Sollevando il tumore in modo da scoprire la vulva si nota che il vestibolo di questa è roseo, umido per scolo leucorroico. La clitoride è sana. In corrispondenza della forchetta si notano due tumoretti, grossi come uovo di piccione di colore roseo (condilomi acuminati). Il contorno dell'orifizio anale è normale. Con la pressione digitale vaginale dell'uretra non ne fuoriesce alcun secreto.

All'esame combinato degli organi genitali interni si rileva che il corpo uterino è un po' ingrossato, in posizione normale, gli annessi normali; mentre invece all'esame con lo speculum si constata che l'orifizio uterino è circondato da un alone roseo infiammatorio, granuloso (erosioni). La cute delle faccie interne delle coscie in alcune parti presenta una pigmentazione bluastra, in altre è eritematosa per il continuo sfregamento del tumore contro di esse. Non si riscontrano nè residui di linfangite, nè delle ghiandole inguinali palpabili.

In queste condizioni di cose si ricorre all'atto operativo, che venne eseguito dal prof. Bobbio (al quale rendo grazia e riconoscenza devota), asportando il tumore in corrispondenza del suo peduncolo e suturando per primam la cute. La guarigione è avvenuta per prima intenzione in 6 giorni e l'a. lasciò l'Ospedale completamente guarita. Ultimamente la rividi e la trovai in ottime condizioni di salute.

Il pezzo asportato ha il volume di una testa d'adulto, globosa, a forma encefaloide. Pesa chilogrammi 5. Diametro verticale cent. 34, trasverso cent. 30, antero-posteriore cent. 10.

È di colore bruno grigiastro. La consistenza è varia, dall'uovo sodo a quella molle elastica, specialmente alle parti inferiori dove l'edema è più sviluppato. Le faccie laterali del tumore sono più liscie del rimanente ed appaiono più umidiccie a causa della secrezione vaginale e vulvare. Spaccato il tumore in diverse direzioni, esso presenta superficie biancastra, splendente, e ne cola del liquido filante. La cute è intimamente aderente agli strati sottostanti e mostra delle produzioni papillomatose.

L'esame microscopico, previa fissazione in formalina e colorazione con ematossilina ed eosina, ha dimostrato un'ipertrofia dello strato corneo, infiltrazione parvicellulare della cute e del connettivo cutaneo ed ectasia dei vasi linfatici con larghe aree necrotiche.

* * *

Come si sa, l'elefantiasi della vulva è un'affezione assai rara in Europa, mentre è frequente nei paesi tropicali, dove si manifesta in maggior numero agli arti inferiori in individui affetti da filariosi (Petrick Manson). Io stesso ne vidi diversi casi in quei paesi e potei constatare che la maggior parte dei pazienti affetti da elefantiasi presentavano nel sangue la filaria, la quale immigrando ed otturando i linfatici delle estremità o delle grandi labbra, dava origine all'affezione. In quei casi poi in cui il reperto del sangue era negativo, ho potuto constatare che essi avevano prima sofferto la filariosi, di cui erano già guariti, liberandosi essi stessi dal parassita filarico mediante un fuscello. In questi casi bisogna ammettere che la elefantiasi non è dovuta direttamente alla filaria (Pichevin), bensì alla lesione che essa produce nei vasi linfatici, alla linfangite. In Europa invece s'invoca generalmente come movente eziologico della elefantiasi la sifilide (Cova, Lauro, Conrat), oppure affezioni gonorroiche, la eresipela, i traumi (Valdagni, Hart, Barbur, Curchil). Ad ogni modo gli autori ammettono sempre o una distruzione o almeno una obliterazione dei vasi linfatici e delle ghiandole linfatiche. Altri autori invocano l'ereditarietà (Virchow), la razza, l'età, in quanto l'elefantiasi si sviluppa in generale dai 20 ai 30 anni (Mayer),

sebbene vi siano stati osservati dei casi a 7 anni (Valdagni), a 12 (Brassac), a 17 (Scanzoni), ed infine in vecchie (Meille, Pean). Altri ancora invocano la predisposizione come causa predisponente e la gravidanza come efficiente, in quanto che per una causa ignota il tumore sarebbe comparso prima della gravidanza per acquistare notevole sviluppo nella gestazione per opera del maggior afflusso sanguigno (Serafini).

Ma nel nostro caso il movente eziologico si deve ricercare in altre circostanze. È vero che la donna non sofferse nè linfangite, nè adenite inguinale nel periodo acuto della sua blenorragia, ma è ben vero che essa aveva delle abbondantissime perdite leucorroiche che le provocavano delle irritazioni moleste, continue, per cui doveva ricorrere molto sovente al grattamento dei genitali esterni. Ora è facile che queste irritazioni possano essere il movente eziologico della elefantiasi del nostro caso, come anche in quelle donne delle regioni tropicali nelle quali non potei riscontrare altro movente eziologico che la azione meccanica del grattamento dovuto ad abbondanti leucorree endometritiche.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medica di Parma.

Seduta dell'11 aprile 1919.

Presidenza del prof. RONCORONI.

La fase iniziale del morbo di Barlow.

Prof. O. COZZOLINO. — L'O. dopo aver ricordato la rarità di poter osservare casi iniziali di scorbuto infantile, illustra tre casi svoltisi sotto i propri occhi in bambini rispettivamente di 20, 26, e 12 mesi. Di questi tre casi uno venne a morte per bronco-polmonite intercorrente, e il reperto anatomico confermò la diagnosi precoce di morbo di Barlow. Egli ha potuto qui confermare, oltre ad altri casi precedentemente illustrati, che per il manifestarsi della forma occorre una predisposizione individuale costituzionale, e mette in rilievo l'importanza preponderante, per la diagnosi precoce del morbo, della gengivite scorbutica, la quale si manifesta precocissima nel 90 % dei casi, e là dove non la si è osservata l'O. ammette che sia già passata a guarigione. Quindi l'O. illustra i criteri differenziali tra lo stato normale delle gengive, la *dentitio difficilis* del piccolo bambino, e la gengivite scorbutica, e dimostra come al lume dei reperti bene apprezzati fin dall'inizio della forma, non siano che apparenti le divergenze sintomatologiche tra lo scorbuto infantile e quello degli adulti.

Passando al reperto radiologico, l'O. afferma che agli stati barlowiani minimi o rudimentali corrisponde, come unico reperto ai raggi X, in corrispondenza delle ginocchia, un ispessimento della linea diaepifisaria delle estremità distali dei femori, reperto ben distinguibile in questo periodo dai segni radiologici del rachitismo puro.

Quanto all'importanza diagnostica dell'ematuria l'O., in base ai suoi casi di osservazione, ritiene che, a differenza della gengivite, non possa ritenersi un segno precoce, tanto più che è tutt'altro che un segno costante della forma morbosa.

Un caso di megacolon congenito.

Prof. O. COZZOLINO. — Si tratta di un bambino di 13 mesi che al 3° giorno di vita ebbe la sintomatologia classica del megacolon congenito, con pausa completa fino al 10° mese. Dal 10° mese fino all'epoca attuale ebbe alternative di rigonfiamento meteoristico dell'addome e di relativo benessere senza però vera stitichezza. Solo negli ultimi quindici giorni vi fu ripresa della fenomenologia imponente e classica. L'addome aveva una circonferenza di 58 1/2 cm., che dopo abbondantissime evacuazioni si ridusse a 44 cm. Nessun ostacolo nel lume intestinale anche dopo l'esame con una lunga sonda molle. Radiologicamente si trovò enorme dilatazione del colon discendente e della S iliaca con due strozzature corrispondenti l'una alla flessura retto-sigmoidea, l'altra all'angolo splenico del colon. Il trasverso e il cieco apparivano distesi da gas, e, come il colon discendenti e l'S iliaca, privi di austra.

L'O. mette in rilievo in questo caso la spiccata eredità familiare: un fratello, una zia materna e forse anche la madre ebbero a soffrire di una forma simile.

La lunga tregua del morbo, i dati dell'esplorazione rettale e radiografici confermano, secondo l'O., la patogenesi stenotica meccanica funzionale, non organica ed anatomica della malattia di Hirschprung-Mya.

Sulla constatazione del treponema nella nefrite sifilitica.

COPELLI M. — In un caso venuto a morte per nefrite sifilitica secondaria precoce e presentante all'autopsia i caratteri di una nefrite parenchimale sub-acuta, l'A. pose in evidenza la spirocheta pallida trattando le sezioni col metodo Levaditi. Le spirochete apparvero isolate o a gruppetti di due, tre, con caratteri assolutamente tipici.

Egli esaminò 438 sezioni ed ebbe reperto positivo per 47 volte: 26 volte trovò le spirochete nell'epitelio dei tubuli, 7 volte nel lume dei tubuli, 6 folte nel connettivo interstiziale, 3 volte nei follicoli, 3 volte nella compagine di ammassi cellulari linfocitoidi, che l'O. considera come gomme miliari, 2 volte nell'avventizia dei vasi. Presenta i preparati per la dimostrazione.

Questi reperti darebbero la dimostrazione scientifica della colonizzazione delle spirochete nel rene, e porterebbero un argomento decisivo per giudicare la nefrite sifilitica quale una manifestazione locale della sifilide, anzichè una lesione da tossine luetiche.

Il prof. VALENTI presenta in fine di seduta una aggiunta al regolamento della Società per ammettervi gli studenti di medicina quali soci straordinari. La proposta è approvata all'unanimità.

A. VAL.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Cefalea cronica con punti dolorosi.

G. T. Stevens (*New York Med. Journ.*, 1° marzo 1919) richiama l'attenzione sulle forme comuni di cefalea ricorrente associata a punti dolorosi nella parte posteriore del capo, nel collo e nel dorso. L'A. ricorda un suo lavoro pubblicato dall'Accademia Reale di Medicina del Belgio 35 anni or sono, in cui tali punti dolorosi erano localizzati: all'origine del muscolo trapezio, all'estremità del processo spinoso della settima vertebra cervicale, agli angoli inferiori delle scapole, al processo spinoso della vertebra situata fra gli angoli della scapola, nella parte più bassa della regione dorsale, nel giro delle spalle, lungo il muscolo tricipite, e nella parte superiore del petto. Ai punti sovraindicati aggiunge quelli sulla fronte fra i sopracigli, al vertice del cranio e finalmente al punto più basso della colonna vertebrale. Per carattere essi sono di intensità differente e di durata ineguale; generalmente sono più o meno continui e raramente intensi. Spesso sono rivelati dalla compressione. L'affezione è un po' più comune fra le donne che fra gli uomini; è rara nei bambini. Generalmente compare verso l'età di 15 anni. Se i punti dolorosi sono situati al di sopra del processo spinoso della settima vertebra cervicale, è possibile trovare tutti i punti al di sopra di questo punto; mentre che se la vertebra cervicale localizza un punto doloroso, altri punti sono trovati al di sotto di questa località.

Tali dolori attribuiti da altri al reumatismo, a malattie del fegato e malaria, furono considerati dapprima dall'A. secondo il principio dei riflessi, e riflessi di particolarità degli occhi, per cui, con la correzione di certi difetti della vista, i dolori così come le cefalee scompaiono: ma coi mezzi scientifici del tropometro e del clinoscopio, è dimostrato che tali fenomeni dipendono da cause specifiche meccaniche, che hanno la loro origine nella particolarità dell'accomodazione degli occhi. I punti dolorosi sono situati in corrispondenza delle inserzioni di importanti muscoli o dei loro tendini. Tutti hanno a che fare con l'equilibrio della parte superiore del corpo, e sono influenzati nella loro tensione dalla posizione di queste parti. Nel caso per esempio di dolore localizzato al punto di inserzione dello *splenius capitis*, la tensione del muscolo è provocata da un movimento forzato in dietro o in avanti sulle prominenze occipitali. Ora, nella posizione ideale del cranio, esso è portato in posizione eretta rispetto alla colonna vertebrale; e nei cambiamenti di rapporto fra il corpo e la testa un'abbondante riserva è fatta ad essi; un'altra forma di accomodazione è accompagnata da fatica o dolore, se continuata a lungo. L'A. sostiene che queste e varie altre posizioni della testa dipendono dal naturale desiderio di visione netta, e la visione netta dipende da certe accomodazioni degli occhi. Il piano nel quale le orbite sono poste e l'inclinazione alla quale sono soggetti i meridiani verticali degli occhi sono elementi del fenomeno. Se il piano di visione è alquanto abbassato, allora sono posti in azione i muscoli interessati per la direzione degli occhi, e i muscoli circostanti del globo, non solo, ma anche quelli della parte posteriore del cranio: la posizione del cranio ne è influenzata per accomodarsi a certe declinazioni. Similmente se il piano di visione è troppo alto. Nel caso in cui la testa è abitualmente alzata, lo *splenius capitis* è sopratutto interessato; mentre nel caso in cui la testa è portata in avanti, i muscoli trapezî sono coinvolti nell'azione di sopportare il cranio, con la loro influenza sul processo spinoso della settima vertebra cervicale.

Le cefalee dipendono dalle inserzioni più diffuse dei muscoli coinvolti. Il dolore frontale dipende dalla tensione del muscolo frontale e di varî muscoli della faccia, quelli sopratutto che controllano gli occhi. I sintomi generali che talora si accompagnano, come nausea o vertigine, possono dipendere dalla compressione dei muscoli sopra certi nervi, o dalla posizione del cranio rispetto al corpo.

L'A. consiglia come trattamento della cefalea cronica con punti dolorosi, la correzione della refrazione e la correzione dell'accomodamento degli occhi.

LIVIA LOLLINI.

TERAPIA.

La soluzione di benzoato di mercurio per iniezioni.

Fra i composti mercuriali, uno dei più usati è il benzoato di mercurio, che, essendo insolubile nell'acqua, vi viene portato in soluzione, con l'aggiunta di cloruro di sodio. La formola usata da Gaucher è la seguente, che era stata proposta per primo da Stoukowenkoff: Benzoato di mercurio gr. uno: cloruro di sodio puro cg. 75: acq. dist. q. b. per 100 cmc. Risulta da ricerche chimiche, che in questa formola, avviene una doppia decomposizione dei due sali, sicchè si ha alla fine bicloruro mercurio e benzoato di sodio, rimanendo un certo eccesso di cloruro di sodio, eccesso però che è stato ritenuto insufficiente, tanto che Gaucher nella nuova formula ve ne ha messo gr. 2.50. Tale modificazione è necessaria, poichè le iniezioni, fatte, con quantità minori di cloruro di sodio, sono dolorose forse per il fatto che le soluzioni di bicloruro di mercurio che coagulano l'albumina, perdono tale proprietà in presenza di un notevole eccesso di cloruro di sodio.

Tenuto quindi conto del fatto che nelle accennate formule non vi è traccia di benzoato di mercurio, E. Leger *Bull. de l'Académie de médec.*, 15 apr. 1919) consiglia di ricorrere senz'altro al bicloruro di mercurio, di cui prescrive, nella sua formula, sessanta cg., cloruro di sodio gr. 2.25, benzoato di sodio cg. 70. acq. dist. q. b. per 100 cmc.

L'aggiunta del cloruro di sodio è necessaria per impedire l'azione irritante del bicloruro di mercurio; quella del benzoato di sodio, sarebbe utile per il fatto che, essendo il sale di mercurio parzialmente jonizzato, il benzoato di sodio fisserebbe gli joni di acido cloridrico mettendo in libertà altrettanti joni di acido benzoico, meno irritante del primo. La formula e stata sperimentata per diciotto mesi, con decine di migliaia d'iniezioni: i suoi effetti sono stati riscontrati affatto simili a quelli ottenuti col benzoato.

fil.

Valore comparativo dell'ipecacuana e dei suoi alcaloidi nella dissenteria amebica.

Da uno studio di Sidney E. Simon (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 21 dic. 1918) risulta che tanto l'ipecacuana quanto i suoi alcaloidi (emetina e cefelina) hanno azione specifica sulle forme libere di *Entamoeba hystolitria*;

La radica di ipecacuana, in dosi sufficienti per distruggere tali organismi, non è mai tossica, invece l'emetina e la cefelina manifestano spesso proprietà tossiche nella dose media di tre-sei centigrammi al giorno. Tali alcaloidi da soli somministrati in dosi innocue per l'organismo, sono incapaci di distruggere le forme incistate di ameba dissenterica; invece la radice di ipecacuana, usata nei debiti modi, distrugge le forme libere e le incistate, impedendo le ricadute.

Il trattamento consigliato dall'A. è il seguente: il paziente viene tenuto a letto per una diecina di giorni ed a dieta (brodi acqua albuminosa): permettendo del latte solo al 5°-6° giorno: al primo giorno gli si dà l'olio di ricino, ed alla sera 10-15 pillole di polvere di ipecacuana da 32 centrigrammi l'una, rivestite di salolo. Tali pillole vanno inghiottite lentamente aiutandosi con una certa quantità d'acqua. Il paziente non deve aver preso cibo da due ore, nè deve riprenderne che dopo altre sei ore. Nei giorni seguenti si osserverà se nelle feci sono passate delle pillole, e si continuerà tutte le sere il trattamento, fino a che siano state trattenute 100 pillole, sospendendolo eventualmente per una sera, qualora si verificassero fenomeni di depressione; nel caso si avesse nausea e vomito si aumenti il rivestimento con salolo, che di solito è sufficiente quando ha lo spessore di due-tre millimetri. In caso di intolleranza assoluta, si ricorre all'intubazione duodenale, con 20 cg. di polvere di ipecacuana, sospesa in acqua.

l. b.

IGIENE.

Profilassi del tifo esantematico.

Il Ministero della Guerra (Direzione generale di Sanità militare) ha diramato alle autorità competenti una circolare, in data 15 maggio c. a., che precisa le direttive per la profilassi del tifo esantematico nei campi di concentramento di prigionieri di guerra.

Essa costituisce un vero capitolo d'igiene applicata. Ne riportiamo larga parte.

Risulta a questo Ministero che un grave ostacolo alla applicazione razionale delle misure di bonifica nei campi di prigionieri deriva spesso dalla inadatta sistemazione di questi, formati per lo più a tipo di baraccamento o di accampamento uniforme, senza alcuna distinzione di reparti, tale da permettere un *passaggio graduale* dei prigionieri, dopo essere stati sottoposti alle operazioni di pulizia, *dalla zona infetta ad una zona indenne.*

È pertanto necessario che, per cura delle Autorità alle quali spetta e con quegli adattamenti che soltanto caso per caso possono essere suggeriti sulla base della diretta conoscenza dei luoghi e delle condizioni locali, la sistemazione e

il funzionamento dei campi siano trasformati, per quanto è possibile, secondo le seguenti direttive di carattere generale.

1° REPARTI PRINCIPALI
DEL CAMPO DI CONCENTRAMENTO.

Dovranno anzitutto essere stabiliti tre reparti principali, nettamente divisi:

a) Un *reparto infetto*, nel quale saranno raccolti tutti gli individui da bonificare, compresi i nuovi affluenti al concentramento.

Nelle presenti condizioni potrà essere talora necessario considerare come tale l'intero campo attualmente esistente;

b) Una *stazione di bonifica* (bagni e disinfezione - distruzione parassiti - lavanderia);

c) Un *reparto indenne*, nel quale si raccoglieranno gli individui dopo l'applicazione delle misure di bonifica.

Questo reparto, nel caso considerato in precedenza, che cioè il campo esistente sia da considerarsi quale campo infetto, potrà essere rapidamente formato con tende comuni evitando l'affollamento (non più di tre prigionieri per tenda Bucciantini).

2° DISPOSIZIONI E REPARTI
PER IL SERVIZIO CONTUMACIALE.

a) I *due reparti principali, infetto e indenne*, dovranno possibilmente essere divisi in più *sezioni*, allo scopo di poter limitare ad una sola di queste le misure speciali che occorressero per la manifestazione di qualche caso sospetto.

Inoltre, e appunto per far fronte alla eventualità ora detta, dovranno essere predisposti, e con *dislocazione adatta*:

b) *Un locale di isolamento* (anche in baracca o in tende da ospedale) pel ricovero provvisorio di qualche caso sospetto;

c) *Un reparto contumaciale*, di capacità adeguata (4-500 uomini) per l'isolamento in contumacia dei prigionieri sani che avessero avuto contatto con infermi riconosciuti infetti o sospetti;

d) Infine i *rimanenti servizi*, e cioè quelli di infermeria, cucina, acqua, latrine ecc., che dovranno avere sistemazione adeguata e *distinta* per ciascuno dei reparti principali, infetto o indenne, e per il reparto contumaciale.

Le infermerie comuni dovranno essere disposte, rispetto agli alloggiamenti, in modo tale da essere sufficientemente isolate per ogni possibile evenienza.

3° STAZIONE DI BONIFICA.

a) *Bagni a doccia*. — Il locale per bagni a doccia deve avere una netta separazione fra la parte ove i prigionieri si spogliano e lasciano i panni infestati da parassiti, e quella ove, dopo il bagno, si rivestono con panni nuovi o disinfettati. (Segue la descrizione di un impianto di ventura).

b) *Disinfestazione degli indumenti*. — Base della profilassi contro il dermotifo è la distruzione dei pidocchi e, in ispecie, del pidocchio dei vestiti, tenendo conto della nozione che l'infezione può esserae inoculata non solo da pidocchi che abbiano succhiato sangue infetto, ma anche dai nuovi nati nei quali l'infezione stessa si trasmette congenitamente; e che possono essere infettanti anche le deiezioni dei pidocchi (croste ematiche sulle biancherie). (La circolare consiglia in specie l'impiego di forni o camere ad aria calda che si possono rapidamente costruire, e nei quali si porta la temperatura oltre i 100° fino a 120° col riscaldamento diretto, mediante un focolare sottostante, del pavimento che può essere tutto in cotto o meglio avere una parte in metallo. Quando vi sia il dubbio che le lendini non siano state tutte uccise, converrà ripetere l'operazione dopo cinque giorni circa, per colpire i nuovi pidocchi, praticando così una disinfestazione discontinua analoga alla disinfezione discontinua metodo Tyndall.

c) *Servizio dei barbieri*. — I capelli e peli tagliati dovranno essere raccolti su fogli di carta o su lamiere metalliche e bruciati, evitandone, *in modo assoluto*, la dispersione;

d) *Scorta di vestiti e di biancheria - Lavanderia*. — Occorre avere una adeguata scorta di vestiti e di biancheria, al cui rifornimento dovranno provvedere gli Uffici vestiario ed equipaggiamento di Corpo d'Armata. Inoltre dovrà essere attivato, per mezzo dei prigionieri, il servizio di lavanderia.

Il funzionamento delle stazioni di bonifica dovrà essere direttamente invigilato dall'ufficiale medico incaricato dei servizi igienico-profilattici del campo di concentramento.

4° NORME GENERALI PER IL FUNZIONAMENTO.

a) *Personale sanitario*. — La direzione del servizio sanitario dei maggiori campi di concentramento sarà affidata nell'attuale momento ad un ufficiale medico superiore, possibilmente in S. A. P., che abbia esperienza di servizi profilattici.

Egli avrà alla sua dipendenza:

un ufficiale inferiore medico esperto di servizi di igiene e profilassi, come ufficiale sanitario del campo;

un numero adeguato di ufficiali medici per l'assistenza sanitaria dei prigionieri;

personale di truppa di sanità in numero sufficiente e che deve essere istruito nelle speciali

mansioni, sopratutto nella lotta contro i parassiti; detto personale sarà fornito di adatte vesti protettive contro i pidocchi, a tipo combinazione; potranno essere impiegate come tali le combinazioni *antipritiche*, che per cura di questo Ministero sono state destinate alle squadre di profilassi dei Corpi di Armata;

squadre di pulizia e disinfezione formate con elementi adatti e nel numero necessario, scelti tra i prigionieri stessi, per l'esecuzione delle operazioni di bonifica individuale e degli alloggiamenti (barbieri, bagnini, addetti alle stufe e ad altri mezzi di disinfestazione, spazzini, imbianchini, ecc. ecc.). In particolare è da tener nota che converrà impiegare come infermieri nei reparti di isolamento (e nei lazzaretti) prigionieri che abbiano superato la malattia e siano quindi protetti.

La Direzione di sanità del Corpo d'Armata disporrà inoltre che in aiuto al personale proprio di ciascun campo di concentramento anche la *squadra di profilassi,* costituita con militari di sanità secondo le disposizioni della circolare 54447 D. G. S. M. - 19 aprile - sia impiegata per iniziare e indirizzare il servizio di bonifica e di risanamento nei concentramenti più colpiti; ad essa saranno aggregate le sopradette squadre di prigionieri in modo che, istruendosi nel servizio, queste possano poi bastare da sole, rendendosi nuovamente disponibile la squadra di profilassi;

b) *Materiali e impianti speciali.* — Oltre la scorta di vestiti e biancheria per la stazione di bonifica, e la quantità necessaria di vesti protettive a tipo combinazione, ben chiuse al collo e ai polsi, per tutto il personale addetto alla pulizia personale dei prigionieri (barbieri, bagnini, ecc.) alla disinfestazione degli indufenti e dei locali, alla cura degli infermi ecc., e all'intero reparto infetti, — oltre gli apparecchi ed i mezzi necessari per la stazione di bonifica — occorre sia assicurato un buon rifornimeno di disinfettanti (specialmente miscela di Laplace - carbonato sodico - calce viva) di petrolio, di benzina, di zolfo, ecc.

È inoltre necessario dotare il campo di un apparecchio *inceneritore da campo* o di un *forno crematorio,* costruito in modo semplice ed in località adatta, per la distruzione dei rifiuti infestati da parassiti;

le squadre di pulizia e disinfezione, formate da prigionieri, dovranno avere gli attrezzi necessari da spazzini, da sterratori, da imbianchini e mezzi di trasporto adatti (carriole a mano, carrette);

alla squadra di profilassi ricordata sopra, saranno assegnati uno o due autocarri, in modo che essa possa celeremente dislocarsi tutta o in parte, portando anche il materiale occorrente per iniziare le operazioni di risanamento;

c) *Metodo per l'applicazione delle misure di risanamento.* — È necessario che le misure di bonifica siano applicate ordinatamente per gruppi di prigionieri (quelli di una baracca, o di una sezione ecc.).

A scaglioni di forza commisurata al rendimento della stazione di bonifica, essi passeranno attraverso questa, subendovi le successive operazioni: taglio della barba e dei capelli, bagno caldo saponato, e frizione con miscela di benzina e petrolio alle parti pelose, rivestizione con panni e biancheria pulita e sicuramente disinfestata.

Quindi i prigionieri saranno raccolti nel reparto bonificati o indenne, formato con nuovi locali o con baracche o tende comuni (non più di 3 per tenda) sicuramente prive di parassiti; in nessun caso essi potranno essere riportati nel primitivo alloggiamento, se questo non sia stato radicalmente trattato per la distruzione dei parassiti, e oltre tutto, *non si sia lasciato trascorrere un periodo di tempo di una ventina di giorni* per assicurare meglio la riuscita della completa disinfestazione.

I panni lasciati dai prigionieri saranno passati subito agli impianti di disinfestazione, usando nel trasporto le precauzioni necessarie per evitare l'infestazione da parassiti agli addetti a tale servizio, a locali ecc., (uso di sacchi per gli indumenti, badando che non abbiano scuciture e che siano ben chiusi alla bocca, vesti protettive per gli addetti al lavoro ecc.).

I cenci non utilizzabili, i rifiuti di ogni genere che possano essere veicoli di parassiti, saranno inceneriti nel forno.

« *In nessun caso indumenti e arredi di prigionieri (coperte, tende, ecc.) potranno essere inviati a lavare o riparare o comunque essere utilizzati o spostati se non siano stati prima trattati in modo adatto per la distruzione dei parassiti* ».

Per il risanamento dei locali, baracche ecc., si raccomanda l'uso dell'anidride solforosa ogni qualvolta è possibile, (bruciando 100 gr. di zolfo per mc. - assicurando la chiusura dell'ambiente - trattamento per almeno 24 ore), la lavatura delle pareti e del pavimento con miscela di Laplace al 5-10 % o con soluzione calda di carbonato sodico al 10 %, e quindi l'imbiancamento delle pareti e del pavimento stesso con latte di calce.

L'accantonamento e le baracche, dopo il trattamento ora detto, e che è bene sia ripetuto, non saranno rioccupati *se non dopo una ventina di giorni.*

Trattandosi di tende, i teli saranno trattati nei

forni ad aria calda, o passati alla stufa: la paglia *deve essere bruciata, non riutilizzata, nè venduta a privati;* il suolo della tenda sarà asperso di latte di calce e lasciato per un periodo di più giorni scoperto;

d) Vigilanza sanitanria - Isolamento infermi e profilassi relativa. — Cura speciale dovrà essere posta, da parte del dirigente il servizio sanitario di un concentramento prigionieri, nello attuare un sistema efficace di vigilanza sanitaria per il pronto riconoscimento dei casi sospetti, dando istruzioni precise agli ufficiali medici dipendenti perchè eseguano frequenti visite sanitarie a tutti i prigionieri, e assicurandosi il concorso di tutti gli ufficiali e del personale di truppa addetti al campo, e di elementi adatti, scelti fra gli stessi prigionieri.

Tutti i febbricitanti dovranno essere dapprima considerati come sospetti, e tolti dagli alloggiamenti, ricoverandoli in una infermeria apposita, previo un rigoroso trattamento antiparassitario, per l'osservazione clinica e le indagini siero-diagnostiche di accertamento.

Nell'infermeria di osservazione dei sospetti, e nei reparti di isolamento degli infermi accertati, oltre le misure antiparassitarie più scrupolose, saranno adottate anche le disinfezioni degli escreti degli infermi (espettorato, orine, feci) con miscela di Laplace o con latte di calce.

La biancheria sudicia, prima di essere rimossa, sarà immersa in acqua bollente con carbonato sodico per 15' o in soluzione saponosa di formolo al 10 % per un'ora; gli effetti di lana saranno cosparsi di benzina, tenendoli chiusi entro sacchi; il tutto poi sarà passato alla stufa di disinfezione.

Quanto ai convalescenti, oltre al mantenerli in modo sicuro privi di parassiti, e al continuare le disinfezioni degli escreti, potendo forse essere infettanti ancora per qualche giorno dopo l'apiressia, essi non dovranno essere dimessi dal reparto di isolamento se non dopo ripetuti bagni caldi saponati, e dopo *trascorso un periodo di venti giorni dalla guarigione clinica.*

Il personale di assistenza, medici e infermieri, indosserà le vesti protettive a tipo combinazione, con un cappuccio o cuffia per la protezione del capo; terrà barba rasa e capelli corti, e dovrà fare frequenti ispezioni degli indumenti per riconoscere e allontanare eventuali parassiti, e frequenti bagni con cambio della biancheria. Utile sarà anche l'impiego dei corredini antiparassitari, o più semplicemente l'impregnare con sostanze volatili nocive ai pidocchi parte degli indumenti (benzina, cloroformio, essenza di bergamotto; speciale attività pare abbia l'ortocresolo, non facile per altro a provvedere). Il personale di assistenza sarà naturalmente tenuto anche esso in contumacia;

Il *periodo di osservazione contumaciale per tutti i sospetti* (individui sani che abbiano avuto contatti con infermi di dermotifo o appartengano a reparti colpiti, personale addetto alla assistenza dei tifosi, ecc.) *è fissato in giorni ventuno.*

e) Propaganda delle nozioni essenziali sul dermotifo e sulle misure difensive. — Tale propaganda dovrà essere fatta dagli ufficiali medici con attività e persuasione, mediante istruzioni pratiche, semplici conferenze, e soprattutto con l'esempio nella rigorosa applicazione delle norme prescritte.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1090) *Tecnica della vaccinazione jenneriana.* — All'abbonato n. 10256:

L'uso del taffetà sul punto di innesto in generale non può ritenersi consigliabile, perchè, in causa della impermeabilità, mantiene la cute in un ambiente caldo-umido e può provocare dermiti, che possono eventualmente confondersi con reazioni positive. Meglio vale l'applicazione di garza tenuta ferma da striscie di cerotto.

l. b.

(1091) *Trattati di chirurgia.* — All'abb. n. 1283 (C. D. P.):

Le Dentu e P. Delbet: Traité de Chirurgie. (Baillière, Parigi). L. 300;

Faure, Alglave, Desmarets: Précis de Pathologie externe (Baillière, Parigi). L. 40;

Trattato di patologia e terapia chirurgica (in corso di pubblicazione) (Unione tipografico-editrice, Torino). *r. s.*

(1092) *Nozioni elementari d'igiene.* — All'abbonato n. 9203:

S. Santori: « L'igiene e la vita ». Roma, Bontempelli e Invernizzi, 1912 (2 volumi);

A. Devito-Tommasi: « Vita sana », 2ª edizione, Torino, G. B. Paravia & C., 1899;

Giov. Galli: « Come posso mantenermi sano e prolungarmi la vita? ». Milano, U. Hoepli, 1899;

D. Lamuraghi: « Elementi d'igiene per le scuole e per il popolo ». S. Remo, Casa Editrice Scolastica;

R. Guaita: « L'igiene nella scuola e nella famiglia ». Milano, Trevisini.

A. Piperno: « Salute; letture d'igiene ad uso delle scuole medie ». Roma, Società Editr. Dante Alighieri, 1907.

« Libriccino d'igiene ». Torino, 5ª ediz., C. Clausen, 1895.

Veda inoltre la risposta data nel fasc. 15 sotto il n. 1065. R. B.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Studi clinici sulla tubercolosi.

Il prof. Emile Sergent, sotto il titolo *Etudes cliniques sur la Tuberculose,* ha pubblicato coi tipi di A. Maloine & Fils (Parigi, 1919) un'opera che interesserà vivamente gli studiosi. La sola enumerazione delle singole parti basterebbe a mostrarne tutto l'interesse; non si tratta di uno studio banale, ma di un complesso di ricerche cliniche in cui sono descritti dei fatti che in generale non sono considerati nelle opere che trattano della tubercolosi.

Due idee fondamentali dominano costantemente l'autore e dirigono le sue investigazioni cliniche: 1° la necessità di precisare la diagnosi di tubercolosi; 2° la nozione del terreno nella patogenesi e nel modo di evoluzione della tubercolosi.

Una trasformazione profonda si è man mano prodotta nell'orientazione della tisiologia: si tende ora a dare al fattore terreno organico una importanza che si può considerare certamente non minore di quella da attribuire al fattore bacillo. Ciò è messo felicemente in evidenza in quest'opera che rappresenta la sintesi di oltre un decennio di ricerche condotte con la competenza che al Sergent viene riconosciuta.

Noi non possiamo qui che dare uno sguardo generale all'opera che è destinata a prendere un posto importante fra le migliori guide non solo per i medici pratici ma anche per gli specialisti della tubercolosi.

Il libro del dott. Sergent è diviso in quattro parti:

Nella prima sono riuniti tutta una serie di articoli e di conferenze sulla sintomatologia e la diagnosi. La parte semiologica vi è trattata in modo veramente perfetto a cominciare dall'esame al letto dell'ammalato sino alle più recenti ricerche di laboratorio: *Tubercolino-reazione, Siero-diagnosi, Reazione di fissazione, Ricerca dell'indice opsonico, Reazione dell'antigene.*

Il Sergent combatte la tendenza attuale che spinge i medici a estendere in modo esagerato il dominio della tubercolosi. Fa una critica severa delle varie ricerche diagnostiche mostrando il valore che bisogna attribuire a ciascuno dei metodi di esame di cui disponiamo per fare la diagnosi di tubercolosi sia al letto dell'ammalato sia nel laboratorio e conchiude che la diagnosi « non può e non deve essere che l'interpretazione dell'insieme delle constatazioni fornite dai diversi metodi e procedimenti di esplorazione dell'apparato respiratorio.

Un capitolo importante è destinato alla diagnosi stetoscopica e radioscopica e in esso l'autore studia la regione dell'apice polmonare nella quale bisogna ricercare i primi segni fisici della tubercolosi, avvertendo che non bisogna confondere i primi segni percettibili all'esame fisico con le lesioni iniziali.

La seconda parte contiene uno studio veramente rimarchevole sull'importanza del terreno nella tubercolosi e sull'associazione della sifilide con la tubercolosi.

L'autore dimostra quale grande importanza abbia il terreno nella evoluzione della tubercolosi, studia a fondo i rapporti tra sifilide e tubercolosi, e le varie manifestazioni sifilitiche che possono essere confuse con delle manifestazioni tubercolari, come pure le svariate forme in cui si trovano associate le due malattie e conchiude che la sifilizzazione acquisita o ereditaria crea un terreno di elezione per la tubercolizzazione e che lottare contro la sifilide è lottare pure contro la tubercolosi.

La terza parte è destinata alla prognosi e alla cura. L'autore, dopo di avere considerato quanto è importante la prognosi, sia dal punto di vista individuale come pure da quello sociale, analizza tutti gli elementi di cui dispone il medico per stabilire il pronostico e fa la critica del valore di ciascuno di essi. Passa quindi a studiare la teoria del Ferrier, tratta diffusamente della cura della tubercolosi col metodo di ricalcificazione e dell'azione dell'adrenalina come favorizzante il processo di ricalcificazione, ed espone i risultati veramente incoraggianti ottenuti con questo metodo che l'autore esperimenta già da più di quattordici anni.

Il volume si termina con una serie di studi sulla tubercolosi di guerra. Il Sergent, che ha diretto un grande ospedale militare e che è stato messo a capo del più importante fra i centri di accertamento per i militari tubercolosi o sospetti tali, ha visto sfilare davanti a sè più di 17,000 soggetti. In questo campo di osservazione così vasto ha potuto spigolare una messe abbondante di osservazioni che trattano principalmente del problema tanto difficile e delicato della diagnosi, e del problema della tubercolosi consecutiva ai traumatismi del torace.

Possiamo conchiudere che il dott. Sergent ha compiuto un'opera di grande originalità, ricca di nozioni nuove, assai importanti scientificamente e praticamente. Il libro riuscirà particolarmente utile ai medici e rappresenta una guida preziosa per coloro che per le funzioni medico-militari che esercitano si trovano spesso di fronte ai problemi che la tubercolosi nei suoi molteplici rapporti con la guerra fa sorgere.

Dott. ANTONIO FECAROTTA-CAMPISI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il Congresso della Federazione dei medici addetti alla Vigilanza igienica.

Il Congresso della Federazione dei medici addetti alla Vigilanza igienica, avvenuto in Roma nei giorni 23-24 maggio testè decorso, merita di essere rilevato per l' importanza degli argomenti e delle discussioni.

La benemerita Associazione, che, anche durante la guerra, mantenne la sua attività nel campo della propaganda d'igiene alimentare e nella politica dei consumi, per una più valida resistenza interna, ha ripreso trionfalmente il suo programma e il suo posto d'azione. Questa ripresa non poteva essere inaugurata in modo più solenne.

Autorevoli rappresentanze del Governo, della Camera dei Deputati e del Municipio, illustrazioni della Scienza aprirono i lavori del Congresso, bene auspicando per i suoi successi nelle gravi questioni della salute pubblica.

Il risveglio della Federazione avviene in un momento più che mai opportuno, quando cioè l'opera sua, come quella di altre organizzazioni sanitarie, è considerata quale efficace e necessario elemento integratore nella complessa e feconda azione Statale, che va progressivamente iniziandosi contro gli assillanti problemi igienico-sociali dell'ora storica attuale.

In questa grande opera di risanamento e di prevenzione, gli Uffici d'Igiene rappresentano infatti i naturali e indispensabili alleati dello Stato, e perciò la loro Federazione, in una comune armonia d'intenti e di volontà, acquista oggi più alto valore e posizione preminente fra gli organi di difesa igienico-sanitaria.

Con questa condizione, quasi di privilegio, essa inizia la sua ricomposizione e rianima con una forza nuova, derivante dalla più larga fiducia nei poteri centrali, il suo interrotto lavoro. Di tale situazione si è valsa la Federazione nel suo recente Convegno, non solo per riaffermare i concetti e le linee fondamentali del suo indirizzo, ma per lumeggiare la necessità della sua collaborazione nei servizi di vigilanza igienica.

A tale riordinamento dovrà infatti contribuire l'azione periferica degli Uffici d'Igiene, modificati con criteri più uniformi e quella degli ufficiali sanitari, con una determinazione giuridica e funzionale piu razionale della loro figura.

Questo voto culminò nei Convegni antecedenti, poichè ben si comprese che intorno ad esso si compendiavano i massimi e più urgenti problemi dell'igiene e dell'assistenza pubblica. Se le risoluzioni di allora rimasero fino ad oggi un semplice desiderio, valsero, per altro, a richiamare su di esse l'attenzione delle Autorità sanitarie Centrali, e a preparare il terreno per il costituirsi di quella *Commissione governativa*, cui oggi è affidato l'incarico dell'accennata sistemazione e il rinnovamento della politica sanitaria nazionale. Gli Uffici d'igiene ne saranno i necessari e validi cooperatori.

Ond' è che molto opportunamente e con maggiore insistenza, nel recente Congresso, si è ripreso il concetto, che le provvidenze igienico-sanitarie cittadine si allaccino con quelle più vaste e più complesse dello Stato.

Gravi còmpiti pesano, in quest'ora, sulle Amministrazioni locali, nel campo della profilassi e dell'assistenza. Agli Uffici competenti è affidato di assolverli con semplicità e chiarezza di proposte, con energia e disciplina di lavoro. Lo studio di tali proposte e dei mezzi di azione non potevano trovare sede migliore di questo Congresso, ove si sono raccolte le maggiori illustrazioni dell'igiene moderna.

La relazione del prof. Gualdi indicò magistralmente la via entro cui dovrà svolgersi l'opera della Sanità locale, rilevando innanzi tutto l' importanza della *scuola*, della *casa*, del *lavoro* e della *propaganda igienica*, quali fattori essenziali di prevenzione e di rigenerazione sociale. Intorno a questi importanti problemi dovrà muoversi una feconda organizzazione di servizi e di iniziative, ed attivarsi una valida concorrenza di libere istituzioni cittadine.

Tale programma, che richiede provvidenze specifiche e attribuzioni specializzate, si compenetra con quello della *lotta antitubercolare*, dove ormai va principalmente raccolta l'attività delle pubbliche e private Amministrazioni. Urge infatti che i Comuni dispongano finalmente del necessario e conveniente armamento profilattico e assistenziale, per fronteggiare efficacemente il crescente diffondersi del contagio tubercolare e per assicurare al Paese, colla tutela dell' infanzia, generazioni produttive. Stato e Comuni, in un armonica coordinazione di opere, debbono congiungersi per una comune ed imperiosa finalità, per quella cioè di conservare alla Nazione il suo massimo e più geloso patrimonio, derivante prevalentemente dalla ricchezza e dalla forza delle sue braccia.

Problema di viva e preoccupante attualità è senza dubbio quella della tubercolosi, ma esso investe, per l'avvenire di nostra gente, altre necessità di rigenerazione sociale, altri provvedimenti che occorre attuare senza ulteriori e colpevoli dilazioni.

La lotta contro *l'alcolismo*, contro la *malaria*, che va riprendendo il suo largo e minaccioso cammino, la difesa contro l'estendersi della *sifilide*, la cura della *prima infanzia* per garantirne il normale sviluppo, tutto questo dovrà informare l'azione della vigilanza igienica per istituzioni corrispondenti alla complessità ed importanza dei problemi accennati. Ma alla più facile soluzione di questi problemi dovrà concorrere la forza della propaganda, che ogni Comune ha l'obbligo di organizzcon i mezzi di cui può disporre e nelle forme più adatte alle sue condizioni.

Quanto è stato brevemente esposto riassume i capi saldi contenuti nella relazione che il professore Gualdi presentò alla discussione del Congresso. I voti che ne seguirono, dopo sapienti ed efficaci dibattiti, espressero il generale consentimento dell' Assemblea nell'opera che la Federazione dei medici addetti alla vigilanza igienica è chiamata a svolgere sulle direttive tracciate dal prof. Gualdi e da altri autorevoli suoi Colleghi.

Noi siamo sicuri che le ponderate ed opportune deliberazioni prese dal Congresso, troveranno gradita accoglienza presso la Direzione della Sanità Pubblica del Regno, nonchè l'appoggio immancabile dell'uomo illustre che la presiede. Egli, che con tanta larghezza di vedute, tanta fede e costanza di propositi, attende alla trasformazione della Politica Sanitaria italiana e alla soluzione dei più gravi problemi igienico-sociali, non può essere che all'unisono con i desiderati della Federazione.

U. MARIOTI.

Pubblicheremo nel prossimo numero gli ordini del giorno approvati dal Convegno.

Per la indennità di congedamento ai medici assimilati.

L'Ordine dei Medici della Provincia di Roma si era vivamente e prontamente interessato presso il Ministero della Guerra perchè fosse revocata la disposizione per la quale i medici assimilati erano stati esclusi dalla indennità di congedamento. Il Ministero ha comunicato alla presidenza la lettera seguente:

« In relazione a quanto è stato esposto da codesto spettabile Ordine a riguardo delle indennità di congedamento pei medici che hanno prestato servizio per l'Esercito in qualità di assimilati, questo Ministero ha il pregio di significare che il diniego di quella indennità ai detti medici è dipeso da equivoco, non avendosi avuto l'intenzione di contemplare tali medici nella disposizione restrittiva della circolare 159 del Giornale Militare corr. anno, cui cotesto Ordine allude, e che si riferisce solamente agli impiegati dello Statuto assimilati a grado di ufficiale:

« Si è perciò comunicato alle Direzioni territoriali di Sanità militare, mediante apposita circolare, che ai medici assimilati le indennità di congedamento sono dovute, abbiano o no prestato servizio nell'esercito mobilitato.

Pel Ministro: F.to Monteverde ».

Limiti di età nei pubblici concorsi per gli smobilitanti.

Una Commissione della Associazione generale degli smobilitati, presentata dall'on. Federzoni, venne ricevuta dall'on. Colosimo, il quale però non volle prendere impegni espliciti sulla questione dei *limiti di età nei pubblici concorsi* per gli smobilitandi, pretestando che vige tutt'ora il D. L. che sospese i concorsi.

Per i medici condotti del Trentino.

L'amministrazione provinciale del Trentino ha diramato ai circondari sanitari la seguente circolare:

« Considerata la necessità di regolare gli stipendi dei medici condotti derivante dal seguito cambio della valuta austriaca, visto che l'ammontare dello stipendio in corone venne fissato in un'epoca in cui le corone avevano l'identico valore o anche un valore maggiore delle lire e che gli esigui aumenti degli stipendi accordati durante la guerra si rendono senza dubbio necessari anche in seguito;

visto che a tutti i pubblici funzionari dello Stato e della Provincia vennero commutati gli anteriori stipendi in corone, comprese anche le aggiunte di attività, in altrettante lire e che essi percepiscono un'aggiunta di caro-viveri certo superiore agli aumenti accordati durante la guerra ai medici condotti; viste le rispettive domande dei medici condotti, le quali non possono punto considerarsi come non fondate;

l'amministrazione provinciale invita, d'accordo col Regio Governatorato, la rappresentanza di codesto circondario sanitario a convertire l'attuale stipendio in corone del proprio medico condotto in pari numero di lire ».

Anche le tasse per le visite mediche dei medici condotti vengono convertite da corone in lire alla pari.

La sottoscrizione promossa dalla Presidenza della Federazione degli Ordini dei medici per un Fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie (a disposizione del futuro Congresso Federale perchè ne stabilisca la erogazione e a termini della Circolare n. 6 - Prot. n. 451, 18 agosto 1915) **ha** raggiunto col trentacinquesimo elenco delle offerte (a tutto il 30 aprile 1919) il totale generale di lire 169.245,05.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7808) *Tariffa per prestazioni sanitarie.* — Dottor P. C. da M. La giurisprudenza del Consiglio di Stato ha in più rincontri affermato il principio che il Consiglio Comunale possa stabilire una tariffa per le prestazioni mediche agli abbienti, ma solamente quando unico sia il sanitario che nel Comune compia prestazioni a favore dei poveri e degli abbienti. Quando, invece nel Comune esista più di un medico condotto ad uno o più liberi esercenti, la tariffa non è giustificata perchè essa viola la libertà nella pratica attuazione dell'esercizio professionale. Però, siccome la condotta fu accettata mentre quella tariffa esisteva, non sarebbe ammissibile ora alcuna postuma eccezione. Si potrebbe, tutto al più, diffidare con atto legale il Comune preavvisando che in vista di quella ingiustificata restrizione, s'intende dai condottati in carica rassegnare le proprie dimissioni, se non venga modificata in modo da non danneggiare gl'*interessi patrimoniali* di ognuno.

(7810) *Indennità caro-viveri - Indennità complementare.* — Dott. A. C. da T. L'indennità caro-viveri spettante all'impiegato va considerata, agli effetti dell'ammontare dello stipendio, separatamente con quella complementare spettante ai figli. In modo che se tanto l'una quanto l'altra, separatamene presa superi la somma di lire 100, a tal cifra deve essere ridotta la rispettiva indennità. Ella pertanto, che ha lo stipendio di lire 1500 può esigere la sua indennità di lire 100 e quella dei figli in lire 51 mensili. Tale criterio di benevola interpetrazione trovasi espresso nella circolare del Ministero del Tesoro del 6 aprile 1919, n. 5742.

(7811) *Pensioni.* — Dott. E. C. da C. C. La pensione si liquida sempre in base ad un sol titolo o quello, cioè, di medico condotto o quello di ufficiale sanitario e non in base ad entrambi raddoppiandone l'ammontare. Ella, quindi, che ha attualmente 30 anni di servizio e 56 di età, liquiderà l'annua somma di lire 1324. Con 60 anni di età e 34 di servizio liquiderà, invece, la somma di lire 1984. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 9342:

È realmente l'ufficio di amministrazione dello Ospedale militare principale di Genova che dovrebbe mandarle gli assegni per il periodo passato nella giurisdizione di quel corpo d'armata. Occorre però un ordine della Direzione di Sanità di Genova con la quale Ella dovrà insistere nella sua legittima richiesta.

Se avesse a Genova persona di conoscenza, potrebbe pregarla di interessarsi personalmente presso gli uffici suddetti, munendola dei documenti comprovanti il servizio da lei prestato.

All'abb. n. 8746:

Circolari 190 e 276 del *Giornale Militare* del corrente anno.

Non tutti i tenenti medici con anzianità dal 5 marzo 1917 sono compresi sul quadro di avanzamento. (Cfr. Dispensa n. 52 del Bollettino Militare del 1917).

Agli abb. nn. 8996 e 9295:

Sta di fatto che i medici che si trovano in zona di guerra non hanno potuto fruire di corsi di integrazione.

Ciò si deve evidentemente a necessità di servizio superiori ad ogni altra considerazione.

All'abb. n. 9787:

Come Ella suppone, avviene realmente che le promozioni degli ufficiali in servizio attivo permanente danno la norma per ciò che riguarda l'anzianità, a quelle degli ufficiali di complemento, il cui quadro di avanzamento si regola su quello degli effettivi.

Ella quindi, data la sua anzianità (11 febbraio 1917), ha pieno diritto all'iscrizione sul quadro di avanzamento.

Per l'ultimo quesito questa rubrica non è competente. Occorre rivolgersi alla segreteria della Università di Torino.

Al dott. F. S. da C.:

Il numero del primo Bollettino che riguarda l'avanzamento dei tenenti medici con anzianità 1 febbraio 1917 è la dispensa 24ª del Bollettino Militare del 1917.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

NELLA CROCE ROSSA ITALIANA.

Il Consiglio direttivo della Croce Rossa Italiana, preso atto della decisione del maggiore generale medico comm. dott. Giuseppe Brezzi, di lasciare entro l'anno in corso, dopo la presentazione e l'approvazione del resoconto morale ed economico dell'opera svolta dalla Croce Rossa durante la guerra, l'ufficio di direttore generale, nonchè delle premure insistentemente ma inutilmente fatte dalla presidenza perchè fosse conservato ancora all'Associazione il suo prezioso contributo di attività e di competenza, ha deliberato di designare fin d'ora alla carica di direttore generale della Croce Rossa Italiana, il colonnello medico comm. prof. Cesare Baduel, il quale dovrà assumerla il giorno in cui il maggiore generale Brezzi si ritirerà, e nel frattempo lo coadiuverà nelle funzioni della carica stessa; e ciò allo scopo di mantenere la continuità dell'importante servizio e di assicurarsi un elemento che, per la sua posizione scientifica e per la pratica acquistata nei diversi servizi della Croce Rossa, dia il miglior affidamento per svolgere il nuovo programma delle provvidenze sociali, che sarà il futuro campo di azione dell'attività dell'Associazione durante il tempo di pace.

All'insigne sanitario che è stato chiamato a coprire l'alta carica porgiamo i nostri rallegramenti cordiali.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Scioglimento della Direzione Generale di Sanità militare.

Il Ministero della guerra (Divisione Stato Maggiore, Sezione 4ª) ha diramato, in data 26 maggio c. a., la seguente ordinanza all'Ispettorato Generale Sanità Militare, alla Direzione Generale di Sanità Militare, al Segretariato Generale Divisionale Personale del Minisero, alla Direzione Generale Personali Ufficiali, alla Direzione Generale Leve e Truppe, alla Direzione Generale Servizi Logistici ed Amministrativi, alla Direzione Generale Personali Civili Affari Generali:

L'importanza assunta durante la guerra dal servizio sanitario militare, la necessità di realizzare il maggiore possibile rendimento della energica e concorde azione di tutte le autorità propostevi, nonchè quella di valorizzare nel miglior modo possibile le risorse che ai fini stessi il Paese poteva offrire, provocarono, com'è noto, nel 1917 la costituzione presso questo Ministero della Direzione Generale di Sanità Militare (Decreto Luogotenenziale 23 agosto 1917, n. 1349).

Rapidamente organizzatasi, la Direzione Generale stessa egregiamente rispose alla sua funzione, specie per merito della illuminata attività spiegata dai suoi dirigenti.

È noto pur tuttavia che, con la conclusione dell'armistizio e con la cessazione delle operazioni di guerra, sono venute grandemente a ridursi le accennate complesse esigenze del servizio sanitario miitare e che ancora più si ridurranno col completamento della smobiitazione in corso e col ritorno dell'Esercito alle proporzioni ed alle funzioni del tempo di pace.

Tale stato di cose messo in confronto con la necessità di urgentemente semplificare o ridurre tutte le organizzazioni sorte durante la guerra e per la guerra, induce lo scrivente a provvedere, che a datare dal 1° luglio p. v. la Direzione Generale di Sanità sia disciolta e che le corrispondenti attribuzioni siano redecentrate come segue:

a) all'Ispettorato Generale di Sanità militare la funzione direttiva tecnica del servizio sanitario militare, gli accertamenti sanitari e le pratiche medico-legali per gli ufficiali e tutte le funzioni che attualmente disimpegnano l'Ufficio del Direttore Generale e la Divisione 4ª della Direzione Generale di Sanità militare (igiene, profilassi e servizi tecnici), il servizio di statistica sanitaria e la direzione e pubblicazione del giornale di medicina militare;

b) alla Direzione Generale Personali Ufficiali, oltre alla gestione disciplinare che ha sempre conservato del personale impiegato in servizio sanitario (ufficiali medici ed ufficiali farmacisti), la trattazione di tutte le questioni relative allo stato del personale medesimo, comprese pertanto quelle conseguenti alle pratiche medico-legali e così pure le disposizioni inerenti alle destinazioni ed ai movimenti in genere degli ufficiali anzidetti;

c) alla Direzione Generale Leve e Truppe la gestione disciplinare del personale di truppa impiegato in servizio sanitario, il servizio delle rassegne e le pratiche medico legali interessanti i militari di truppa e relativi ricorsi;

d) alla Direzione Generale Servizi Logistici ed Amministrativi la gestione di tutto il materiale sanitario (mansioni della 3ª Divisione della Direzione Generale di Sanità Militare);

e) alla Direzione Generale Personali Civili e Affari Generali la trattazione delle pratiche inerenti al personale Associazioni di soccorso (Croce Rossa, Ordine di Malta, Cappellani militari, Personale di assistenza femminile, Medici civili, Suore, ecc.).

Il provvedimento legislativo relativo a tale sistemazione è in preparazione e sarà appena possibile pubblicato. Data la ristrettezza del tempo e la necessità che dal passaggio di attribuzione nessuna dannosa ripercussione si abbia sul servizio, è indispensabile che l'Ispetorato Generale di Sanità Militare e le sopraccennate Direzioni generali prendano immediato contatto con i corrispondenti uffici della cessata Direzione Generale ed inizino lo scambio ordinato e graduale delle consegne relative.

Si tenga presente che tale sistemazione dovrà assicurare la massima economia di personale e che gli uffici da sopprimere dovranno essere assorbiti dagli organi corrispondenti e non essere ad essi semplicemente aggiunti.

Solo in primo tempo, ove la deficienza dei locali lo imponga, gli uffici stessi potranno essere lasciati nella loro attuale installazione, pur passando (dal primo luglio p. v.) alla dipendenza delle Direzioni Generali rispettivamente sopra elencate.

L'Ispettorato Generale di Sanità Militare, cui, come si è detto, dovrà essere affidata la funzione direttiva del servizio di cui si tratta, prenderà diretti accordi colla Direzione Generale di Sanità e colle altre Direzioni Generali interessate e non oltre il 15 giugno p. v., e riferirà sulla attuazione delle disposizioni, formulando quelle particolari proposte che ritenesse conformi all'interesse del servizio.

F.to: *Il Ministro:* CAVIGLIA.

Questa ordinanza comprova, ancora una volta, in quale scarsissima considerazione siano tenuti i Servizi sanitari presso il nostro Esercito.

Essa riduce in frantumi un'istituzione tecnica la quale, pur non essendo immune da pecche,

aveva saputo assolvere un arduo compito ed aveva acquistato molte benemerenze.

Pur troppo i tutori supremi del nostro Esercito, compreso il condottiero dalle larghe concezioni che attualmente ne regge le sorti, non sono ancora compenetrati dell'importanza che spetta ai servizi sanitari nella difesa della salute e della vita del soldato e, quindi, nel mantenere e nell'accrescere l'efficienza bellica dell'Esercito.

Forse essi non sospettano neppure la vastità e la complessità delle organizzazioni profilattiche o di quelle per l'assistenza specializzata.

Così accade che, mentre in altri Eserciti i servizi sanitari assumono un posto sempre più eminente, presso di noi invece se ne spezza l'unità faticosamente raggiunta e se ne sconvolge il funzionamento.

Avremmo concepito che la Direzione di Sanità militare venisse ridotta entro limiti modesti, in rapporto con la smobilitazione; che ne venisse semplificata l'organizzazione. Invece la competenza del corpo sanitario militare viene posta di nuove, come *ante bellum,* sotto il controllo della incompetenza!

Questo affronto è risentito da tutta la famiglia medica.

Noi confidiamo che il D. L. preannunziato dall'*ukase* ministeriale possa essere stornato dalla contraria persuasione cui dai competenti sarà condotto il ministro, in modo da scongiurare la completa disorganizzazione dei servizi sanitari militari.

Noi prendiamo posizione contro tali deleteri procedimenti.

Commissione per la riforma dei servizi di vigilanza igienica.

Allo scopo di migliorare l'ordinamento dei servizi inerenti alla vigilanza igienica ed in ordine alla necessità, oggi impellente, di provvedere alla modifica delle disposizioni in vigore a riguardo dell'assetto e del funzionamento dei servizî locali di vigilanza igienico-sanitaria, con Decreto del Ministro dell'Interno in data 14 maggio corr., è stata nominata una speciale Commissione alla quale è stato affidato l'incarico di studiare e di proporre — entro il termine di tre mesi dalla data del Decreto — uno schema di disposizioni intese a dare, completando ed integrando il sistema organico tracciato dalle norme raccolte nel testo unico delle leggi sanitarie del 1° agosto 1907, n. 636, una sistemazione più definitiva e più salda di servizi igienico-sanitarî locali.

La Commissione è così composta:

1. Mosconi gr. uff. dott. Antonio, consigliere di Stato, presidente;

2. Gualdi comm. dott. Tito, ufficiale sanitario di Roma;

3. Vivanti cav. uff. dott. Ragaele, ufficiale sanitario di Venezia;

4. Zappelloni comm. Federico, ispettore generale del Ministero del Tesoro;

5. Ragnisco comm. dott. Leonida, capo divisione al Ministero dell'Interno;

6. Châtelain comm. dott. Federico, capo divisione al Ministero dell'Interno;

7. Fornaciari cav. uff. dott. Bruno, primo segretario al Ministero dell'Interno

Consiglio di Sanità della provincia di Roma.

Il Consiglio provinciale di sanità di Roma, nell'ultima sua seduta, intesa la relazione del medico provinciale, prof. comm. G. Badaloni, sulle condizioni sanitarie della Provincia, da cui risultava che serpeggia qua e là da qualche tempo il vaiuolo e che in alcuni Comuni si sono manifestati gravi focolai di questa infezione, ha ritenuto essere necessario di intensificare le misure profilattiche.

Poichè nessuno ignora che la difesa sicura contro tale terribile malattia, che anche in Roma va facendo qualche vittima, consiste nella vaccinazione, ha fatto vive raccomandazioni affinchè la cittadinanza voglia, senza indugio, premunirsi contro il vaiuolo, accorrendo sollecita agli uffici municipali per assoggettarsi alla sana pratica della rivaccinazione, ricordando che non basta di avere subìta la vaccinazione in giorni lontani, ma che l'immunità non si acquista senza ripetere l'innesto del vaccino ogni 8 o 10 anni.

La Giunta del Consiglio stesso — fra gli altri affari sanitari — ha dato il suo parere favorevole all'approvazione di progetti di edifizi sanitari per il comune di Corneto Tarquinia, di sistemazione del servizio di condotta a Genzano di Roma e di modificazioni del Capitolato sanitario di varii Comuni.

Ha poi preso in esame la questione relativa al riposo festivo integrale di un numero limitato di farmacie, per turno, sentito il parere favorevole dell'Ordine. La Giunta ha ritenuto opportuno di sottoporre l'importante questione al parere del Consiglio in una prossima seduta da tenersi entro il mese di giugno, per modo che la proposta possa tradursi in atto, in via d'esperimento, nei mesi estivi, a cominciare dalla prima domenica di luglio.

CONDOTTE E CONCORSI

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Cercasi medico assistente. Stipendio annuale lordo lire 2184 compresa l'applicazione dell'aumento del 30 % e caro viveri, oltre vitto ed alloggio tutti i giorni nell'Istituto. È quasi certo che lo stipendio verrà fra poco sensibilmente aumentato. Preferiscesi laureato di recente. Nomina biennale. Rivolgersi per informazioni Direzione Sanitaria.

NOTIZIE DIVERSE.

L'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Il prof. U. Gobbi, relatore della Commissione per la legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie, ha presentato il suo rapporto, il quale verrà discusso prossimamente in seno alla Commissione.

Congresso Nazionale per l'incremento e la difesa della industria chinico-farmaceutica italiana.

Si terrà a Milano il 4 e 5 luglio, ad iniziativa dell'Unione Nazionale dei Medici Italiani.

Gli Uffici del Comitato promotore, della Commissione ordinatrice ed esecutiva e di Segreteria hanno sede presso l'Unione, in via S. Paolo 10, palazzo della Federazione delle Società Scientifiche e Tecniche.

Aderenti e partecipanti al Congresso debbono munirsi di una tessera personale di L. 20.

Per lo sviluppo della Igiene scolastica.

L'associazione Italiana per l'Igiene della Scuola fondata nel 1913 per promuovere l'incremento e lo sviluppo dell'igiene della scuola, per favorirne le pratiche applicazioni, per agevolare i rapporti fra i cultori di questa scienza intesa nel suo più ampio significato, ha ripreso la sua attività e mentre prepara una serie di pubblicazioni di propaganda che verranno diffuse a migliaia di copie per tutta l'Italia, richiama in una circolare l'attenzione di tutte le Autorità amministrative, sanitarie, scolastiche e di quanti cittadini hanno a cuore il miglioramento della scuola e, attraverso di essa, del cittadino, sulla urgente necessità sociale:

1. Di promuovere l'istituzione del Medico scolastico;

2. di dare sviluppo alle Opere parascolastiche, refezione (possibilmente calda), bagni-doccie, scuole e ricreatori all'aperto per fanciulli gracili, Colonie montane, marine e campestri, Ambulatori diagnostici e terapeutici gratuiti, Scuole cliniche per tracomatosi, tignosi, ecc., Scuole speciali — autonome per deficienti psichici — e classi differenziali per ritardatari;

3. di provvedere alla preparazione di vigilatrici scolastiche;

4. di provvedere alla preparazione dell'insegnante.

Il premio Carnegie ad un capitano medico.

La Fondazione Carnegie per gli atti di eroismo nell'adunanza del 12 aprile 1919 in Roma ha accordato, a titolo di benemerenza e di onore, la grande medaglia d'argento al dott. Ottavio Calamita, capitano medico, per la coraggiosa prontezza con cui, con sprezzo della sua vita, riuscì a salvare quella di un soldato che affogava nel profondo e insidioso canale di Mirano, pel quale atto di eroismo gli venne già conferita la medaglia d'argento al valore civile.

Al sanatorio del « Giornale d'Italia ».

Il direttore generale della Sanità pubblica, commendator prof. Alberto Lutrario, ha visitato il Sanatorio di Ariccia del « Giornale d'Italia » per i bambini tubercolotici. Era accompaganato dal tenente colonnelllo medico dott. Guido Mendes, capo divisione al Ministero della guerra, dal commendator dott. Alberto Massone, dal dott. cavalier Bruno Fornaciari e dal dott. cav. Giuseppe Tedaldi, della Direzione generale di Sanità pubblica. Venne guidato dal comm. Schisa, dal dottor Stagni e dal dott. Eschilo Della Seta.

Egli ha espresso la sua ammirazione senza riserve per il perfetto funzionamento dell'Istituto che accoglie e cura 120 bambini, restituendone alla vita la grande maggioranza.

Onoranze al prof. Ruggi.

Compiendo il 70° anno di età ed il 45° di insegnamento, il Clinico chirurgo di Bologna si è ritirato, il 20 maggio u. s., dalla cattedra, ove la sua ultima lezione ha dato luogo ad una solenne manifestazione di stima, di devozione e di affetto da parte dei suoi allievi e dei suoi ammiratori.

Per i medici ospedalieri a Londra.

Si annunzia che il « London Hospital », ad iniziativa di lord Knutsford, ha stabilito di assegnare ai medici ospedalieri uno stipendio fisso ed elevato, a condizione che essi dedichino tutto il loro tempo esclusivamente al lavoro ospedaliero (cura dei malati, ricerche di laboratorio, insegnamento para-universitario, ecc.), rinunziando del tutto alla pratica privata.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.

Anno XXVI — *Roma, 15 giugno 1919* — Fasc. 24

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. L. CONCETTI

Il liquido cefalo-rachidiano nella malaria dei bambini.

Ricerche del dott. GIOVANNI GENOESE, assistente.

Nel periodo della guerra, e più specialmente negli ultimi due anni (1917-918), è noto a tutti come si sia avuto un aumento notevole di malaria in varie regioni d'Italia ed anche nella provincia romana, in ispecie nel suburbio e nell'agro e come del fatto si sia giustamente preoccupata l'autorità tutoria che ha intensificata in questi ultimi tempi la lotta contro la malattia.

I bambini non furono risparmiati onde tanto nella nostra Clinica come nella pratica privata mi è stato possibile nel decorso biennio osservare numerosi casi di febbre malarica, dei quali alcuni lievi, altri abbastanza gravi, provenienti particolarmente dalle tenute di Boccaleone (chilometri 5), Tor Sapienza (Km. 8), Cervelletta (Km. 10), che fanno parte dell' agro romano e si trovano fuori Porta Maggiore, sulle vie Prenestina e Collatina, abitate in genere da popolazione immigrata da altri paesi della provincia e dedita alla coltivazione dell'orto ed alla industria del latte.

I varî dati che ci offrono gli epidemiologi dimostrano chiaramente una preferenza dell'età infantile per l'infezione malarica e non vi è dubbio che nelle regioni malariche la maggiore percentuale di malati è data dai bambini, tuttavia gli autori non sono tutti di accordo nello indicarci quali siano gli anni nei quali più facilmente i bambini sono colpiti dalla infezione: alcuni la dicono rara nel lattante specie nei primi tre mesi, altri dicono come si possa riscontrare in qualsiasi età e specialmente nei primi

due anni di vita, altri ancora la trovarono più frequente dopo i due anni: in una statistica del Concetti su 360 osservazioni 327 si riferiscono a pazienti di età varia fra i due e i sette anni ed il Gosio dalle osservazioni fatte a Grosseto non ha potuto stabilire una notevole differenza nella morbilità dei bambini di varia età e ci indica il 54.2 % per i bambini al disotto dei due anni, il 56.59 % per quelli fra i due e i cinque anni, il 52.11 % per quelli fra i 5 e i 10 anni, ed il 58.17 % per quelli fra i 10 e i 15 anni di età.

La malaria nei bambini piccoli non presenta il solito quadro clinico dell'adulto, cioè febbre che si inizia con brivido e cade con profuso sudore; il brivido spesso manca ed è rimpiazzato da stato stuporoso o da convulsioni o da diarrea e vomito ed il sudore è lieve e spesso limitato alla sola fronte o a qualche regione del corpo: nel periodo della febbre possono continuare le convulsioni o aversi tremori, agitazione o uno stato di sonnolenza ed abbattimento continuo che allarma i parenti: tanto nei casi lievi che nei gravi il sistema nervoso del bambino è il più frequentemente colpito e compromesso: secondo le statistiche di Concetti e Valagussa, dopo il sistema digerente è il sistema nervoso che è più colpito e non rari sono i casi nei quali la forma clinica della perniciosa si confonde con la meningite (Ascoli).

Questo legame fra sintomi nervosi e malaria era del resto noto anche agli antichi e così già troviamo in Galeno sotto il capitolo della catafora, la perniciosa carotica caratterizzata da sopore profondo che non cessa dopo qualsiasi stimolo ed in Paolo di Egina, in Riverio, in Avicenna, in Zacuto si trovano descrizioni di perniciose comatose, di perniciose apoplettiche e di apoplessie periodiche: le pubblicazioni posteriori che riguardano sindromi nervose da malaria, in adulti, appartengono in massima parte ad italiani e sopratutto alla scuola medica romana e noti sono i casi osservati da Torti, Angelini, Celli, Bignami, Marchiafava, Bastianelli, Chiarini, Rummo, Bardellini, Vespa, Schupfer, Panichi, ecc., che notarono nella malaria turbe nervose varie, paresi e paralisi transitorie, emipligie, afasia, convulsioni epilettiche, nevriti, polinevriti, pseudo tabi, coree, ecc.

Le osservazioni in bambini non mancano e furono segnalati nella malaria, oltre al lieve meningismo, stati meningei gravi, e lesioni più complesse per spiegare le quali è stata invocata la teoria meccanica la quale tende a dimostrare che i fenomeni nervosi che si riscontrano nella malaria si debbono alla occlusione dei capillari per l'accumulo in essi dei parassiti (trombosi parassitaria) ed alle lesioni ad essa consecutive (congestioni rapide e variabili); ma se questo fattore giuoca una parte principale non è il solo, altri ne intervengono e sopratutto l'influenza delle tossine del parassita stesso.

Queste tossine possono esercitare azione prevalentemente sui plessi coroidei, ed allora si hanno modificazioni quantitative del liquido cefalorachidiano, mentre i vasi meningei pure rispondendo alla azione tossica con la congestione non hanno subite le alterazioni così notevoli che sono necessarie per il passaggio dei leucociti e dell'albumina, che si può verificare al contrario se l'azione delle tossine è talmente intensa e continua da ledere i vasi.

Appunto queste modificazioni del liquido spinale finora nei bambini non studiate, specie nei suoi elementi principali, durante e all'infuori dell'accesso malarico ho voluto studiare nella malaria infantile, sciegliendo per l'osservazione 10 casi, dei quali alcuni come in seguito vedremo, mostravano fenomeni nervosi più o meno gravi ed altri, da servire direi quasi di controllo, non presentavano disturbi di sorta da parte del sistema nervoso: in tutti ho praticata la puntura lombare durante l'attacco febbrile, ed in qualcuno fu ripetuta all'infuori dell'accesso.

Dei bambini presi in esame nei riguardi all'età uno era allattato dalla madre ed aveva 11 mesi, tre erano di due anni, gli altri di età variabile fra i tre ed i sette anni: in quanto al sesso tre erano femmine e sette maschi e per la provenienza, eccetto tre che erano della città, gli altri sette provenivano dal suburbio e dall'agro pur essendoci tra i primi qualcuno che aveva dimorato con la famiglia transitoriamente in zona malarica.

Trascriverò prima brevemente le storie cliniche ed i risultati dell'esame del liquido spinale e poi mi limiterò a poche osservazioni illustrative dei risultati ottenuti.

1). V... C..., di anni 2, da Roma, entra in Clilina il 13-9-917 (letto n. 5, scheda 302). Nulla di notevole nel gentilizio paterno: madre malarica avendo contratte ad Ostia le febbri; fu allattato per 18 mesi dalla madre, camminò tardi: quest'anno il piccino fu portato ad Ostia ed ivi fu colpito da febbri che gli vengono col freddo e vanno via col sudore. Bambino pallido, anemico, rachitico, con scadente stato di nutrizione: è abbattuto, vomita ad ogni ingestione di cibo, ha lingua patinosa, milza grossa, dura.

Dal lato del sistema nervoso si nota assopimento, lieve rigidità della nuca, non Kernig, non Babinsky: urine negative per l'albumina. Esame del sangue (Dott.ª Pavignano) positivo per la malaria (terzana primaverile).

Il 16 continuando i sintomi nervosi notati si pratica la puntura lombare durante l'accesso febbrile (T. 38.5). Fuoriescono oltre 15 cmc. di li-

quido, ad alta pressione, limpido come acqua di rocca che esaminato dà: *albumina* 0.40 ‰, *cloruri* 8.30 ‰, *acetone* assente, *reticolo* assente, *reazione di Boveri* negativa. Nel sedimento discreto numero di *linfociti* (4 o 5 per campo microscopico), non germi.

Dopo la puntura si nota miglioramento dei fenomeni nervosi che scompariscono con la cura del chinino ed il bambino esce dalla clinica guarito il 21-10.

2). A... F..., di anni 5, da Roma, entra in Clinica il 28-9-917 (letto 1, scheda 307). Padre tubercoloso, madre in ospedale al 6° padiglione del Policlinico per malaria. Dal 23 corr. ha febbri alte mattina e sera, dolori addominali, cefalea intensa: la febbre è preceduta da brivido e cade col sudore. È bambino in discreto stato di nutrizione, cute bruno-pallida, milza palpabile, dura. A carico del sistema nervoso oltre la cefalea, si nota dermografismo lento e persistente, plantari vivaci, rotulei che non si riesce a provocare, non Kernig, presente a destra l'Oppenheim, vomito, non rigidità nucale.

Esame del sangue positivo per la malaria. Puntura lombare il 28, all'accettazione, con temperatura 38.8. Si hanno oltre 20 cmc. di liquido limpido ad altissima pressione.

Albumina 0.40, *cloruri* 8, *acetone* assente, *reticolo* assente, *reaz. di Boveri* negativa. Nel sedimento scarsi linfociti, non germi.

Dopo la puntura la cefalea è scomparsa, ha dormito tranquillo: il 5 ottobre ha 38.3 e si lagna ancora di cefalea intensa: si pratica una seconda puntura lombare dalla quale si ottengono circa 15 cmc. di liquido limpido, a getto. *Albumina* 0.30, *cloruri* 8, *acetone* assente, *reticolo* assente, *reazione di Boveri* negativa. Nel sedimento qualche raro linfocito. Dopo la puntura non accusa più cefalea e dopo una cura adatta di chinino è dimesso guarito il 21-10-917.

3). L... F..., di anni 6, da Boccaleone, entra in Clinica il 4-10-918 (letto 16, scheda 357). Madre e padre malarici abitando in località eminentemente malarica: ebbe morbillo a 4 anni: da otto giorni ha febbri ogni due giorni preceduta da brivido e remittente col sudore: è un po' pallida, in discreto stato di nutrizione: milza palpabile, sensorio un po' ottuso e lieve rigidità della nuca: dolente alla pressione il punto retromandibolare del Signorelli. Esame del sangue positivo per la malaria. Puntura lombare il 5-10 (durante l'attacco febbrile): fuoriescono oltre 20 cmc. di liquido limpido a zampillo. *Albumina* 0.30, *cloruri* 8.50, *acetone* assente, *reticolo* assente, *Prova di Boveri*, negativa. Nel sedimento *notevole linfocitosi*.

Si ripete la puntura l'11 avendo vomito (temperatura 36.5) e si hanno circa 10 cmc. di liquido limpido a goccia affrettata con *albumina* 0.20, *cloruri* 7.20, *acetone* assente, *reticolo* assente. Nel sedimento qualche scarso linfocita; non germi. Esce guarita dopo la cura del chinino il 13-10.

4). G... F... (1), da Formello, di mesi 11, entra con la madre in Clinica il 9-9-917 (letto n. 10). Dall'anamnesi si rileva che il padre ha malaria, che la madre l'ha avuta due anni or sono e che un bambino a 16 mesi è morto di malaria. La piccina è stata sempre bene; il 3 settembre ebbe febbre alta e dopo otto o dieci ore attacchi convulsivi clonico tonici generalizzati con rotazione in alto dei bulbi oculari, respiro stertoroso ed emissione di bava dalla bocca: le convulsioni durarono forti per tre ore poi verso sera diminuirono di intensità. Il 4 la febbre era modica e non si ebbero attacchi convulsivi che si ripresentarono il 5 ma solo a destra (arto sup. e inf.) a carattere accessuale e si ripeterono fino al 7: fra l'attacco convulsivo avuto il 3 e quello avuto il 7 la madre si accorse che la metà destra del corpo ed in ispecie l'arto sup. ed inf. erano colpiti come da paralisi, risparmiandoli la bambina nei movimenti che faceva con il corpo e non potendo muoverli. Per la febbre alta e le convulsioni il 9 è portata in Clinica.

All'accettazione con temperatura a 39 è praticata la puntura lombare (dott. Scelba) dalla quale si hanno circa 20 cmc. di liquido prima ematico, poi limpido, con alta pressione. *albumina* 0.50, *cloruri* 7.50: nel sedimento scarsi linfociti, non germi.

La piccina è pallida, ha milza aumentata di volume e di consistenza, sensorio presente, si attacca al petto. Dal lato del sistema nervoso si ha lieve strabismo convergente, e lieve dermografismo: riflessi rotulei più vivaci a destra dove è presente il Babinsky, achillei quasi spenti, idem i plantari, non Kernig: nulla a carico dei movimenti degli arti superiore ed inferiore di sinistra: l'arto inferiore e superiore di destra giacciono quasi immobili, si osservano solo dei piccoli movimenti delle dita. Quando la piccina piange, la metà destra della faccia si contrae meno bene della sinistra: gli arti di destra oppongono ai movimenti passivi una resistenza un po' maggiore della norma.

Il 12 la madre che la allatta è colpita da brivido e febbre alta che rimette col sudore: l'esame del sangue della madre è positivo per la malaria (estivo-autunnale). Si inizia la cura chininica e si pratica alla piccina anche l'esame del sangue che dà lo stesso reperto positivo, abbondantissimo. Il 15 persiste lo strabismo ma meno accentuato (dopo il chinino che si dà anche alla piccina), i movimenti degli arti di destra sembrano più liberi, non è assopita: il 16 è ripetuta la puntura lombare ma fuoriesce del sangue onde non si insiste e si ripete la prova il 17 tanto più che si nota un po' di rigidità nucale e lieve dermografismo. Temperatura 37.6: si hanno dalla puntura lombare oltre 20 cmc. di liquido limpido, ad alta pressione con *albumina* 0.50, *cloruri* 7.80, *acetone* assente, *reticolo* assente, *reazione di Boveri* negativa: nel sedimento discreto numero di linfociti (4 o 5 per campo); non germi.

Il 18 i fenomeni nervosi sono quasi scomparsi (rigidità e dermografismo); persite la limitazione dei movimenti agli arti di destra, specie al superiore. La piccina esce il 1° ottobre in tali condizioni; è rivista ambulatoriamente il 25 dello stesso mese e si nota una miglioria spiccata, residuando solo lievissima limitazione dei movimenti attivi dell'arto superiore destro che non si compiono in modo completo e con la stessa forza come a sinistra. Dopo non è più rivista.

5). A... M... di anni 2, da Boccaleone. Padre e madre malarici, vive in località malarica: l'an-

(1) Debbo alla cortesia del prof. Spolverini il potere riprodurre in succinto l'osservazione che egli illustrerà particolarmente.

no scorso ebbe morbillo: da più giorni ha febbri alte a tipo irregolare, pallore, vomito, diarrea. Esame del sangue positivo per la malaria. Bambino piuttosto gracile, con chiare note di rachitismo: nulla al torace, milza dura palpabile. Temp. 39.5. Si pratica la puntura lombare il 21-9-1918: fuoriescono oltre 20 cmc. di liquido limpido ad alta pressione: *albumina* 0.50, *cloruri* 8.20, *acetone* assente, *reticolo* assente, *reazione di Boveri* negativa: *sedimento*: discreta linfocitosi, non germi.

Dopo la cura col chinino in 14 giorni guarisce.

6). A... L... (1), di anni 6, da Grotte di Cregna, località malarica, vicino Boccaleone: padre e madre malarici: da otto giorni ha febbre alta ogni due giorni che si inizia col brivido e cade col sudore e che lascia il bambino abbattuto ed assopito per circa mezza giornata. È da me visto il 23-9-1918 perchè da qualche giorno ha vomito, cefalea intensa, rigidità della nuca ed eruzione scarlattiniforme più spiccata al viso ma abbastanza evidente al tronco ed agli arti superiori: gli arti inferiori sono risparmiati: i parenti dicono che all'inizio della febbre una settimana fa il piccino ebbe la stessa eruzione che poi scomparve. Nulla agli organi toracici: addome piuttosto meteorico, indolente: milza palpabile, dura: a carico del sistema nervoso oltre la cefalea e la rigidità della nuca si nota Kernig. Temp. 38.9. Si pratica la puntura lombare il 23-9-1918: fuoriescono oltre 20 cmc. di liquido limpido a zampillo: *albumina* 0.50, *cloruri* 8.20: *acetone* assente, *reticolo* assente, *reazione di Boveri* negativa: *sedimento*: intensa linfocitosi, non germi. Dopo la puntura lombare è praticata una iniezione di 50 cgr. di chinina e la sera altra iniezione. I fenomeni nervosi scompariscono subito: il bambino non accusa più cefalea: l'eruzione scarlattiniforme dopo tre giorni sparisce d'un tratto: il bambino dopo 10 giorni è guarito.

7). F... C..., di anni 6, nato a Chiarone, presso Moltalto di Castro, figlio di ferroviere: madre malarica; nell'ottobre 1918 anche il piccino ebbe le febbri di malaria delle quali guarì dopo una cura di 20 giorni. Viene a Roma il 6 gennaio 1919 ed è visto da me lo stesso giorno in via Tiburtina 26, perchè ha febbre alta, vomito, assopimento, cefalea intensa, dolore alla nuca: per questi fatti è mandato da Montalto avendo avuto il sanitario curante sospetto di meningite. Bambino pallido, con milza grossa e dura, alito fetido, rigidità nucale; presente il Kernig, non Babinsky: dermografismo pronto. Il 6-1-1919, durante l'accesso febbrile (39 1/2), è praticata la puntura lombare dalla quale si ottengono oltre 25 cmc. di liquido limpido ad alta pressione: *albumina* 0.50, *cloruri* 8.50, *reticolo* assente, *acetone* assente, *reazione di Boveri* negativa: *sedimento*: discreta linfocitosi (4 o 5 per campo microscopico, qualche polinucleato).

Si inizia subito la cura chininica e mano mano che si aumenta nella dose i sintomi nervosi si attenuano: notevole il comportarsi della rigidità nucale che in certi momenti durante l'attacco febbrile è più accentuata; altre volte appena rilevabile. Dopo 8 giorni di cura la febbre cede, ma dopo 4 giorni si ripresenta per un focolaio di broncopulmonite destra che si rileva all'esame del torace e che richiama l'attenzione per la tosse e l'affanno che molestano il bambino, che dopo circa due settimane guarisce e ritorna a Montalto. L'esame del sangue anche in questo caso fu positivo per la malaria.

8). G... R..., di anni 4, abitante in via della Ranocchia presso Campo Verano, entra in Clinica il 10-10-1918 (letto n. 15, scheda 364). Nulla nel gentilizio, non ebbe malattie degne di nota: da tre giorni ha febbre alta, vomito, cefalea, onde è portata al deposito del Policlinico col sospetto di meningite: è praticata la puntura lombare il 10 stesso e si ottengono circa 20 cmc di liquido limpido, a getto: all'esame: *albumina* 0.25, *cloruri* 7.80, *acetone* assente, *reticolo* assente, *reazione di Boveri* negativa; nel sedimento: qualche rarissimo linfocita, non germi. In clinica è fatto l'esame del sangue che è positivo per la malaria, e dai parenti si sa che la madre della bambina è degente al VI padiglione per febbri malariche. Dopo la puntura la cefalea cade ed anche sparisce la lieve rigidità nucale che l'esame obiettivo aveva fatto rilevare in assenza di altri fenomeni nervosi; con la cura chininica guarisce ed è dimessa il 20-11-1918.

9). L... M..., di anni 2, da Grotte di Cregna (Via Collatina). Padre e madre malarici: è da me visitato il 20-9-1918 perchè da giorni ha febbri che cadono col sudore, vomito e diarrea; bambino pallido con milza dura: positivo l'esame del sangue: non ha fenomeni nervosi eccetto che lieve assopimento: la puntura lombare praticata durante l'accesso febbrile dà circa 15 cmc. di liquido limpido a goccia affrettata: *albumina* 0.30, *cloruri* 8, *acetone* assente, *reticolo* assente, *reazione di Boveri* negativa; nel sedimento qualche raro linfocita, non germi. Guarisce col chinino dopo 8 giorni di cura.

10). C... V..., di anni 4, da Boccaleone, è da me visto il 7-9-1917; padre e madre malarici; bambino anemico, con febbre alta che si inizia col brivido e cade col sudore a giorni alterni; ha vomito, diarrea, milza dura, nessun fenomeno nervoso all'infuori di uno spiccato dermografismo pronto e persistente. La puntura lombare dà esito a 15 cmc. di liquido a media pressione che all'esame risulta con *albumina* 0,20, *cloruri* 7.80, *reticolo* assente, *acetone* assente, *reazione di Boveri* negativa, *sedimento*: qualche rarissimo linfocita, non germi. L'esame del sangue è positivo per la malaria.

Si inizia la cura col chinino ed il piccino guarisce dopo pochi giorni.

***

L'esame del liquido spinale nei casi suddescritti, fu fatto ricorrendo ai comuni metodi di laboratorio: per l'*albumina* mi sono servito del metodo di Nissl che mentre permette di potere usare piccole quantità di liquido d'altro lato dà risultati abbastanza sicuri oltre che è metodo rapido e di facile applicazione: per i *cloruri* la tecnica seguita è stata quella col nitrato di ar-

(1) Questo caso dal lato delle manifestazioni cutanee sarà illustrato più ampiamente sul *Policlinico*.

gento ed il bicromato di potassa, consigliata dalla maggior parte degli osservatori fra i quali autorevoli in materia, quali il Mestrezat e il Deniges, e per l'*acetone* (che ho voluto ricercare anchè per completare esperienze in corso sulla presenza di esso nei liquidi spinali normali e patologici) ho preferito servirmi del metodo di Fromer con l'aldeide salicilica o la potassa, che è reazione molto delicata, oltre che non è data da altre sostanze e svela nei liquidi anche le minime traccie di acetone. Per l'esame citologico e batteriologico ho usato la soluzione di bleu di metilene ed in qualche caso del May Grunwald italiano del Monti di Pavia che dà colorazioni abbastanza chiare e nette: dello stesso May Grunwald e del bleu boracico (Manson) mi sono servito anche per la ricerca del parassita nel sangue dei bambini esaminati.

Come osservazione generale posso dire che la puntura lombare nei bambini malarici con sintomi a carico del sisema nervoso, migliora subito i sintomi stessi, specie la cefalea e la rigidità della nuca e ciò per ragioni facili a comprendersi quando si tiene conto dell'aumentata tensione del liquor; così pure il chinino modera subito la sintomatologia di queste forme nelle quali i fenomeni nervosi si presentano come ad accessi, senza una successione regolare ma disordinati, mutevoli, instabili; in genere questi fenomeni sono tumultuari ed imponenti all'inizio del parossismo febbrile e poi mano mano che la cura chininica è intensificata si dileguano rapidamente fino a sparire del tutto anche in casi in apparenza disperati.

La *pressione* del liquido rachidiano come si può vedere dalle storie surriferite è stata trovata da me aumentata nella massima parte delle osservazioni in ispecie in quelle nelle quali predominavano i fatti nervosi: da alcune punture lombari si è avuto liquido a getto, a zampillo, da poche altre, anzi solo in due sui 10 casi riportati, si è avuto liquido a goccia affrettata ossia a media pressione: in genere il liquido ottenuto è stato limpido come acqua di rocca in quasi tutte le rachidocentesi praticate: alcuni autori in perniciose gravi hanno avuto liquido torbido ed altre variazioni di colore sono state segnalate da Pende che in un caso (fra i suoi cinque affetti dá perniciose dei quali esaminò il liquido spinale) ottenne un liquor a tinta giallastra con emazie nel sedimento ed in altro caso che presentava subittero diffuso ottenne liquido verdastro fluorescente come se fosse misto ad urobilina.

Mai nei casi studiati il liquido presentò *reticolo* alcuno nè a dito di guanto, nè quello a tela di ragno; negativa fu poi in tutti i liquidi esaminati la reazione al permanganato o prova di Boveri che dagli autori è ritenuta specifica delle meningiti batteriche in ispecie.

Il tasso dell'*albumina* nei liquidi cefalorachidiani normali non supera mai secondo gli osservatori più autorevoli il 0.30 ‰. Mestrezat che è il più completo trattatista in materia e che studiò le variazioni fisico-chimiche e citologiche di numerosi liquidi spinali, assegna come media la cifra di 0.18 ‰ e accetta come cifre possibili, valori oscillanti fra il 0.13 e il 0.30 per mille; nei casi da me osservati ottenni cifre dal 0.20 al 0.50 ‰; le cifre più basse in genere nelle forme che non presentavano gravi fatti dal lato del sistema nervoso, le cifre più alte nei casi con notevoli disturbi nervosi e ciò in rapporto ad una reazione più o meno intensa da parte delle meningi che si traduce appunto oltre che con l'aumento del liquor con l'aumento del tasso dell'albumina.

Per i *cloruri* ho ottenuto in tutti i casi cifre superiori alla norma che è in genere negli adulti di 7.32 ‰ (Mestrezat), nei bambini 7.30 a 7.50 (Santangelo). Nella massima parte dei casi da me studiati si ebbe quindi iperclorurorachia che si può spiegare ammettendo una disfunzione transitoria del filtro renale durante l'accesso malarico per cui sarebbe compromessa la permeabilità renale ai cloruri: è questo il meccanismo patogenetico della iperclorurorachia ammesso da Santangelo della nostra Clinica: egli in un notevole lavoro sul comportamento dei cloruri nel liquido cefalo-rachidiano di bambini sani ed ammalati trovò cifre oscillanti fra il 7.30 e il 7.50 ‰ nei soggetti normali; notò diminuzione del tasso dei cloruri nelle infiammazioni delle meningi, diminuzione che va di pari passo con la intensità delle lesioni così da avere le cifre più basse nelle forme acute specialmente di natura tubercolare e richiamò l'attenzione sul rapporto intimo che passa fra l'aumento dei cloruri nel liquor e la diminuita permeabilità renale per essi con conseguente cloruremia.

Pende, nei cinque adulti con perniciose gravi dei quali esaminò il liquor ed i cui risultati comunicò alla Società Lancisiana degli Ospedali di Roma nel 1905, trovò anche l'abbassamento del tasso dei cloruri non sempre parallelo con l'abbassamento del punto crioscopico, abbassamento notevole in due casi nei quali i cloruri scesero a 5.20 e 5.50 ‰, ma Mestrezat che riferisce le osservazioni del Pende e che è un competente della materia, dice che queste cifre devono essere rivedute e controllate meglio: sono cifre infatti opposte a quelle da me trovate che si aggirano nei soggetti esaminati sull'8 e l'8.50 ‰ con un minimo di 7.80, e si possono spiegare solo, come di sopra ho detto, ammettendo che l'accesso mala-

rico compromette le condizioni di funzionamento del filtro renale.

Questa mia ipotesi troverebbe conforto da ricerche eseguite dal Crespin che volle saggiare in 10 malarici col bleu di metilene, la permeabilità renale durante l'accesso: le esperienze del Crespin hanno dimosrato che durante il periodo iniziale del parossismo e più specialmente durante il brivido si ha una vaso-costrizione renale ed il bleu o non si elimina o si elimina male; durante il periodo febbrile il bleu si elimina con intermittenza, mentre si elimina meglio verso la fine dell'accesso, quando il rene ricupera la sua capacità di eliminazione.

Nei liquidi spinali da me esaminati mai ho trovato dell'*acetone*, nemmeno in traccie.

L'esame *citologico* in due casi fece rilevare notevole linfocitosi anzi intensa, in quattro casi discreta linfocitosi (4 o 5 per campo microscopico), in un caso scarsa linfocitosi ed in due soli casi l'esame del sedimeno fu quasi negativo essendosi riscontrato qualche raro linfocito: in genere quindi si può dire che durante l'accesso malarico nei bambini, con fenomeni nervosi, la reazione cellulare è molto notevole.

Questo reperto citologico corrisponde con le osservazioni dei pochi autori che si sono occupati dell'argomento, uno dei primi il nostro Pende (1905) che nei cinque casi di sopra accennati e che erano costituiti da perniciose a forma meningitica, *coreica, con fenomeni di contrattura, dissenteriforme algida,* e *algida setticemica,* in due trovò citodiagnosi positiva per una discreta linfocitosi; posteriori sono le osservazioni di Lafforgue che in un caso di malaria con fenomeni disartrici e con paralisi periferica del facciale trovò anche discreto numero di linfociti nel liquido spinale, di Lortat-Iacob e Caïn (Soc. Med. Hop. de Paris, 1909) che in un caso di coma malarico notarono reazione linfocitaria, di Flottes (Bulletin med. d'Algerie, 1910) che in un malarico con meningo-mielite diffusa, constatò intensa linfocitosi.

Dumolard ed Aubry in un pregevole lavoro (Revue neurologique, 1912) hanno portato un notevole contributo allo sudio delle complicanze nervose della malaria; su 200 casi esaminati quasi tutti riguardanti adulti, in 11 hanno riscontrato manifestazioni nervose diverse e più o meno gravi e fra questi ultimi, in due casi l'esame del liquor fu positivo per una discreta linfocitosi; i suddetti autori sopra una ventina dei 200 malarici studiati nei quali la malattia ebbe un decorso senza nulla di notevole a carico del sistema nervoso, hanno praticata la puntura lombare ed in 2 casi hanno trovato modificazione del liquor, per linfocitosi onde come nella V osservazione mia si può avere nella malaria reazione citologica senza espressione clinica, reazione che solo le punture lombari sistematiche possono mettere in evidenza.

Alle volte la linfocitosi non è notevole ma secondo me anche le cifre di 2 o 3 linfociti per millimetro cubo di liquido spinale, che figurano dagli autori ritenute come normali, non lo sono: il liquido assolutamente normale contiene meno di un linfocita per millimetro cubo onde cifre maggiori sono sempre indice di reazione meningea leggiera sì, ma manifesta.

Importante, per dimostrare anche gli errori di diagnosi ai quali può esporre la malaria (e ciò sanno i medici che esercitano in zone malariche) è l'osservazione pubblicata dal Rubino (Riv. Ospedaliera, 1914) riguardante un giovanetto di 9 anni, da Ariccia, accolto al Policlinico con febbre alta, stato generale grave, sensorio ottuso, decubito a cane di fucile, pallore della cute, polso a 160 molle e che da otto giorni in casa aveva febbri alte a tipo continuo remittente; il paziente presentava anche rigidità della nuca, riflessi esagerati, Kernig, iperestesia neuro-muscolare, onde pensandosi ad una meningite fu praticata la puntura lombare dalla quale si ebbe liquido limpido, ad altissima pressione, senza formazione di reticolo, con 0.50 di albumina e nel sedimento numerosi linfociti. Il bambino morì in quarta giornata di degenza ospedaliera, in pieno coma, agitato frequentemente da scosse cloniche e senza avere ottenuto alcun benefizio da una seconda puntura lombare che dette un liquido limpido ed anche questa volta con lo stesso reperto: la febbre sempre alta, la Widal negativa fece nascere i primi sospetti dato anche il rapido decorso del male, onde si pensò alla malaria e l'esame del sangue mise infatti in evidenza la presenza di numerosi parassiti di terzana estiva: al tavolo anatomico si riscontrarono i segni della perniciosa malarica e nelle meningi forte iperemia.

Si può quindi con certezza affermare che nell'accesso malarico, in un buon numero di casi esiste una reazione meningea che spesso si traduce con una modificazione citologica del liquido spinale che in ispecie è data da linfociti, raramente da polinucleati (non mancano osservazioni con tale reperto): recenti ricerche di Monier-Vinard, di Paisseau e di Lemaire confermano questo fatto che ultimamente fu anche notato da Armand-Delille ed Abrami nei casi di malaria grave osservati tra le truppe francesi operanti in Macedonia.

Concludendo dalle mie poche osservazioni in bambini, si può dedurre che:

1) Nell'accesso di malaria in bambini, specie nelle forme gravi, nella massima parte dei casi

(8 su 10 nei miei pazienti) si ha irritazione meningea più o meno forte e si possono notare variazioni nel liquido spinale sia fisiche che chimiche e citologiche.

2) L'albumina è quasi sempre aumentata ma non a tal punto da arrivare alle cifre che si hanno nelle meningiti acute.

3) Il liquido spinale è quasi sempre chiaro, ad alta pressione.

4) I cloruri sono aumentati (7.80-8.50 ‰ (e ciò per una disfunzione del filtro renale durante l'attacco febbrile.

5) L'esame citologico del liquor dimostra in molti casi una linfocitosi più o meno intensa, raramente polinucleosi.

6) Talora come nella osservazione V si può avere una reazione cellulare muta senza cioè espressione clinica e viceversa può mancare un parallelismo fra le manifestazioni cliniche e la reazione del liquido poichè con sindrome meningea completa si può avere solo un liquido ad alta pressione e con albumina ma senza elementi cellulari (oss. 2ª).

BIBLIOGRAFIA.

ASCOLI. *La malaria*. Soc. Ed. Lib., 1905.

GIOSEFFI. *L'infezione malarica dei bambini*. « Rivista di Clinica Ped. », 1908.

FUSCO. *La malaria nell'infanzia*. « Policlinico » Sez. prat., 1912. — *Sindromi nervose da malaria*. « Gaz. Osp. », 1911.

RUBINO. « Rivista Osp. », 1914.

CONCETTI. Resoconti della Clinica ped. di Roma.

VALAGUSSA. *Consultazioni di clinica e terap. infantile*.

MESTREZAT. *Il liquido cefalo-rachidiano normale e patologico*.

PENDE. *Il liquido cef. rach. in alcuni casi di perniciosa malarica*. « Soc. Lancis. Osp. », 1905.

BARDELLINI. *Disturbi ed alterazioni del sistema nervoso nella malaria*, 1898.

SCHUPFER. *Disturbi nervosi da malaria*. « Bollettino Accademia Roma », 1912.

ARMAND, DELILLE e LEMAIRE. *La malaria in Macedonia*, 1917.

MONIER-VINARD e PAISSEAU. « Soc. Med. Hopitaux » di Paris, 1916.

POROT. *Malaria e stati meningei*. « Tunisie Médical, 1911.

BARILLON, ALLIOT. *Meningismo e meningiti da malaria*. « Press. Med. », 1918.

SANTANGELO. *Sul comportamento dei cloruri nel liquido cefalo-rachidiano dei bambini sani e malati*. « Gazz. Int. di med. e chirurgia », Napoli, 1917.

RIVISTE SINTETICHE.

I recenti progressi della oto-rino-laringoiatria

per il prof. GUGLIELMO BILANCIONI.

In questi ultimi anni, ancor prima della guerra, l'oto-rino-laringoiatria accennava a un fondamentale mutamento del suo indirizzo generale. La moderna oto-rino-laringoiatria non è più la specialità minuta, fatta di piccole manovre industri che poneva la diagnosi delle lesioni, le aggrediva se erano accessibili per le vie naturali e dopo avere prescritto dei lavacri, delle insufflazioni o delle pennellature affidava eventualmente al chirurgo la cura radicale.

La guerra ha affrettato e completato questo orientamento nuovo della specialità, schiettamente chirurgico; essa è stata fra le discipline mediche quella che più ha tratto profitto dalla immane palestra per il pieno riconoscimento che le era finora mancato nella coltura universitaria e nella vita civile. Con la guerra l'oto-rino-laringoiatra ha veduto ampliarsi il suo campo d'azione, da « specialista di gabinetto » divenne nel senso più elevato della parola « medico e chirurgo di ospedale ».

Col secolo XX è sorta la rivendicazione della chirurgia del collo e della faccia alla nostra specialità, forse sulle orme dei vittoriosi interventi dell'otoiatria sui seni, entro il cranio, sul cervello e sul cervelletto. E oggi essa è ormai di pratica corrente e si riflette nei trattati: il grande *Handbuch der speziellen Chirurgie der Ohres und der oberen Luftwege* di Katz, Preysing e Blumenfeld annette in modo pacifico i mascellari, la lingua, la faringe, l'esofago e le regioni del collo. All'estero, ove già esistono cospicui policlinici della specialità dotati di larghi mezzi chirurgici, il nuovo programma è espletato da anni, con le plastiche nasali e del palato duro, con le resezioni dei mascellari superiori per sarcomi e carcinomi del naso, per fibromi angiomatosi del cavo naso-faringeo, con le laringectomie parziali o totali, con le tirotomie, con la laringostomia, per i tumori del collo, le fistole branchiali congenite.

Nella clinica del Sebileau al *Laborisière* di Parigi, è di pratica corrente la chirurgia della testa e del collo, che acquistò nuovo impulso con le lesioni belliche; e quella del Ferreri in Roma propugna strenuamente, con l'esempio, l'indirizzo chirurgico della specialità. E sarebbe utile istituire dei centri ospedalieri ove *ex professo* si facesse questa chirurgia, che non presenta difficoltà maggiori di quella auricolare, sia per

l'orecchio e le cavità annesse, che per le complicanze più o meno remote.

Il diagnosticare a pro dei chirurgi non è neppure utile al malato, perchè solo chi stabilisce la natura della malattia e la segue ha pieno possesso del caso clinico, può prevedere le complicazioni operative, misurare la resistenza del soggetto, giudicare quando l'intervento debba essere affrettato, prudentemente suddiviso o abbandonato.

Le correnti seguite da una specialità, il suo affermarsi in un dato senso, sono il risultato di necessità e di condizioni complesse, di cui noi non siamo arbitri: quindi come si è imposta l'otologia nei paesi più progrediti, superando misoneismi e resistenze passive, così dovrà essere anche fra noi, che pur contiamo dei geniali antesignani in tale genere di studi.

Valga, a convincere i meno proclivi, il grande progresso fatto dalla laringectomia dopo che se ne appassionarono i laringologi. Nello scorrere gli atti delle società nostre si rileva che, passando dal campo generico della chirurgia in quello specialistico, la discussione e la disanima si fa acuta, minuziosa, vagliando quanto riguarda la diagnosi precoce di sede e di estensione, la tecnica operativa e le cure posteriori, protesa a raggiungere un successo curativo più che un trionfo operatorio.

La storia, così suggestiva, dell'*ultima malattia di Federico il Nobile* — dettata da Morell Mackenzie, sotto il pungolo della concitata polemica con von Bergmann — mostra, paradigma tipico, come il laringologo si imponesse per fine accorgimento e per esperienza clinica in tutte le evenienze e le complicanze di un cancro laringeo.

* * *

Hanno contribuito a mutare l'orientamento della nostra branca, i rapporti stabiliti con altre discipline, come l'oculistica e l'endocrinologia.

Indispensabile complemento al sapere otorinologico sono le conoscenze di oftalmologia. I molteplici, intimi rapporti etiologici e clinici che intercedono fra naso, occhio e orecchio, hanno persuaso gli otologi a dedicare uno studio esauriente anche all'organo della vista. La determinazione del campo di sguardo e il reperto oftalmoscopico sono assolutamente necessari per completare le nostre diagnosi. Negli Stati Uniti l'abbinamento dell'oculistica e dell'otoiatria è usuale: bastano i nomi di Knapp, Mc Kernon, Brown, Bradford Dench.

Gradenigo ha descritto una sindrome, che va col suo nome, e che risulta della triade « otite media purulenta acuta, dolori intensi temporo-parietali e del profondo dell'orbita, paralisi isolata dell'oculomotore esterno omonimo ». Onodi ha consacrato la sua migliore attività allo studio dei rapporti che corrono fra le cavità nasali, i seni annessi e l'organo visivo. Toti ha contribuito ai più stretti rapporti fra rinoiatria e oculistica dando forma moderna alla *dacriocistorinostomia,* modificata dalla scuola di Cirincione, per la cura radicale della dacriocistite con conservazione funzionale del sacco per le lacrime.

L'argomento del *nistagmo vestibolare,* già fra noi trattato da Borgheggiani, Gradenigo, Nieddu, Ostino, Pinaroli, Tanturri, Trombetta ed altri, ebbe inatteso impulso con la istituzione, durante la guerra, di uffici per l'esame degli aviatori militari: per il giudizio della loro idoneità al volo, la integrità delle funzioni labirintiche si è dimostrata del massimo valore ed ha dato occasione a numerose ricerche (Hahn, Malan, Bilancioni, ecc.).

Rapporti con l'endocrinologia: Poppi, Civalleri, Citelli, Agazzi, Lunghetti, Pende, Bruni hanno messo in luce, oltre molti fatti generali, numerose osservazioni, specie in rapporto alla ipofisi faringea, nei suoi consensi con quella cerebrale, riconoscendo in quella l'omologo di una delle parti della seconda. Dal progredire di questi studi si attende la risoluzione del complesso problema dell'*adenoidismo.*

Harrower (1916) ha studiato i rapporti fra secrezioni interne e l'oto-rinologia. *In primis* è la tiroide; già Hertoghe menzionò la frequenza con la quale l'ipotiroidismo si associa a rumori d'orecchio e a stordimento; ora l'A. americano afferma di avere riscontrato parecchi casi di stenosi della tuba accompagnati da un certo grado di sordità, in parte dovuta a insufficenza tiroidea e che dispare con l'opoterapia. La discrasia tiroidea può avere pure dei rapporti di causa ad effetto con l'ipertrofia adenoidea. Studi recenti hanno provato che le infezioni naso-tonsillari sono una causa comune degli stati tiroidei; il gozzo semplice, e specialmente l'esoftalmo s'accompagnano e sono intimamente collegati a infezioni boccali, nasali e tonsillari, che passano sovente inosservate.

Come contributi nostri si debbono ricordare lo studio chirurgico, da un punto di vista specialistico, del Graziani, sul gozzo e le prime vie del respiro; l'iniziale studio della funzione endocrina della pituitaria (Mazzini Volpe), e infine i reperti ottenuti nei cani stimizzati, in ordine alle relazioni fra glandole endocrine e otosclerosi (rallentata ossificazione che si rivela nella chiocciola, Turtur). Naturalmente numerosissime

sono le altre questioni che sono sorte da presupposti endocrinologici; e non è possibile qui neppure accennarle in un elenco.

Entro l'àmbito delle influenze endocrino-simpatiche rientrano forse alcune forme di asma che ci interessano; nella scuola del Ferreri si è praticata la cura con un siero, ottenendone buoni risultati. In vari casi di asma bronchiale sembra opportuno il *metodo di Ephraim*, delle polverizzazioni di novocaina-adrenalina dell'albero respiratorio, mediante un istrumentario *ad hoc*.

In questi ultimi anni si sono raccolti più ampi documenti sulla importanza delle lesioni delle tonsille e delle infezioni naso-faringee in generale nella genesi del reumatismo articolare, delle miositi e mialgie, della corea, delle nefriti, delle pleuriti, delle endocarditi, dell'ipertrofia delle glandole cervicali. In America Crowe, Shelton, Watkins e A. S. Rothholtz, fra noi l'Arcangeli e il Fedeli specialmente, hanno portato dei contributi notevoli su casi e possibilità di complicanze generali, che molti medici tuttavia trascurano o considerano con scetticismo.

***

Passiamo ai singoli organi.

Orecchio esterno: ricca la patologia, purtroppo, delle autolesioni specie a carico del condotto, sovente con occlusione completa a diaframma di questo. La lesione richiede una plastica per via retroauricolare.

Marie ha osservato con una certa frequenza nei prigionieri di guerra l'*otoematoma*, la cui genesi è tuttora oscura; forse vi influiscono le difettose condizioni igieniche e la cattiva alimentazione.

Le otiti medie purulente croniche e le loro complicanze hanno offerto largo materiale, come varietà di metodi curativi, specie per utilizzare il meglio possibile i pazienti dal punto di vista bellico; anche le frequenti *lesioni da fenomeni da scoppio* hanno dato ampia messe di studio e di osservazioni.

Quanto alla mastoide si è alla ricerca di un mezzo di « piombaggio » della cavità, dopo l'antrotomia vasta, quale oggi si pratica: un metodo che permettesse di ottenere la prima intezione sempre, abbrevierebbe di molto il periodo di cura e sarebbe desiderabile anche dal lato estetico.

Una nuova forma di mastoidite è stata descritta da Bilancioni, le « mastoiditi da fenomeni da scoppio », varietà clinica confermata di recente da osservazioni di Bruzzone.

Nelle meningiti complicanti le flogosi purulente dell'orecchio medio, De Carli ha tentato con successo il drenaggio della dura.

Quanto all'orecchio interno, in particolar modo il compito dell'otologo militare di fronte alle sordità simulate, ha stimolato la ricerca di nuovi mezzi e sussidi diagnostici di acumetria (Foy, Lombard, Gradenigo, Escat, ecc.). Si sono pure resi più pratici e semplificati i mezzi di rieducazione (anacusia vocale) e la lettura sulle labbra per i sordi di guerra.

Abbiamo accennato agli studi sul *nistagmo vestibulo-cerebellare* e sui *movimenti di reazione*: tutte le funzioni del labirinto non acustico sono state riesaminate, avvalendoci del gran numero di soggetti, che ci ha fornito specialmente la guerra. Si pensi alla congerie di labirintici da scoppio, ai feriti del cervelletto (A. Thomas, Gordon Holmes, Chatelin et de Martel, A. Léri, ecc.), alle migliaia di candidati alla aviazione! Tal cumulo di osservazioni sistematiche sulla fisio-patologia del labirinto non acustico e sul cervelletto hanno permesso di compiere numerosi progressi, il cui frutto sarà maturo fra breve. In questo campo i legami, già solidi, fra otologia e neuropatologia si sono ribaditi con reciproco vantaggio.

La fisiologia dei canali semicircolari, condotta con nuovi accorgimenti (Tullio), la patologia sperimentale delle labirintiti purulente (Bellotti) in questi anni ha occupato con profitto varii autori.

Naso e cavità annesse: per le ferite complesse della faccia, per le amputazioni, per i tramiti stabiliti fra seni mascellari, fronto-etmoidali e la cavità boccale o fra loro, nelle più svariate combinazioni, si è progredito nella cura chirurgica restauratrice (Sebileau, Caboche, ecc.), che ha tratto profitto anche di tutti i sussidi acquistati sugli innesti e trapianti della chirurgia generale.

A tal proposito dobbiamo ricordare lo sviluppo mirabile dell'*indagine röntgenologica del cranio* nell'àmbito dell'oto-rinologia (Milani). Il cranio ha offerto alla ricerca mediante i raggi X le più belle vittorie e le più seducenti ricerche, aprendo nuove vie alla semeiotica speciale: oggi non sapremmo più rinunciare ad un mezzo di controllo che pone su solide basi il sospetto diagnostico e dà sicuri affidamenti in tutti gli interventi chirurgici.

Faringe ed esofago: l'*angina di Plaut-Vincent* si riconosce ora con una certa frequenza ed ha nelle iniezioni endovenose di arsenobenzolo un mezzo di cura rapido e sicuro, che mette al riparo dalle gravi lesioni distruttive a cui essa espone di sovente. In un mio caso la R. W. era positiva completa, sebbene l'esame batterioscopico desse il reperto fuso-spirillare caratteristico.

Oggi si veggono pure non di rado delle setticemie di origine boccale e dentaria (Baude, Dufourmentel e Frison, Sebileau, ecc.).

La tecnica e le indicazioni dell'*esofagoscopia* hanno trovato in un otoiatra, l'Hahn, un illustratore monografico, sperimentato e sicuro. In alcuni casi di stenosi Guisez propone la dilatazione *cauchutée*.

La guerra ha inoltre offerto argomento di studio delle *lesioni faringee e laringee da gas asfissianti*, specie bromo, cloro, fosgene, yprite, sia in soldati colpiti, sia sperimentalmente negli animali (Grivot, Moure; Bilancioni presso Lomonaco).

Laringe e trachea: nella comune patologia di questi organi si ebbero numerosi contributi notevoli, sui papillomi laringei (Pusateri, Garel, ecc.), sulle condriti e pericondriti della laringe (Tormene), sulle plastiche del tubo laringo-tracheale (Canestro, Della Vedova, Torretta, Caldera), sui corpi estranei, sui pseudo-papilloni della laringe (Cipollone), sulla laringoscopia in sospensione alla Killian.

Quest'ultima, ideata nel 1912, risponde a una tendenza sempre più accentuata di preferire l'*autoscopia* nelle manovre entro la laringe e la trachea. Mentre un tempo sembrava che la pratica della laringoscopia fosse riservata soltanto a dei « virtuosi », che si erano resi padroni del complicato funzionamento dei mezzi di esame e di cura nei tratti profondi delle vie respiratorie, con la laringoscopia in sospensione — mediante una spatola che agisce automaticamente pel peso del capo del paziente, liberamente esteso oltre il margine del letto operatorio, si opera in laringe, come fa un ginecologo a traverso il collo di un utero disceso e dilatato — è facile non solo la diagnosi delle affezioni laringo-tracheali, ma la laringe, la trachea, i bronchi, l'esofago sono direttamente accessibili alla nostra osservazione e ai nostri stumenti. In tal modo sono ridotti al minimo gli ostacoli che s'oppongono agli interventi intralaringei nei bambini, ed è eliminato il difetto rimproverato all'autoscopia di Kirstein e alla tracheo-broncoscopia di Brünings, della menomata libertà di movimenti nell'operatore, una mano del quale deve guidare il tubo o la spatola.

I disagi della guerra, la vita di agglomeramento e di incuria personale ha dato impulso all'opera di *profilassi antitubercolare*, per la prevenzione e l'isolamento delle prime localizzazioni del B. di Koch in laringe: forme spesso trascurate, misconosciute, rapidamente aggravantesi se non curate in tempo.

Il moltiplicarsi dei casi di ferite degli ultimi nervi cranici ha portato una serie di lesioni che soltanto un sagace e fortunato sperimentatore avrebbe potuto produrre, così che si è avuto agio di studiare molte questioni relative alla fisiopatologia dei rami derivanti dal glosso-faringeo, dal vago, dallo spinale e dall'ipoglosso. Le sindromi di Longhi-Avellis, di Schmidt, di Jackson, di Tapia, sono state poste in completa revisione; e altre combinazioni se ne ebbero, come la *sindrome dello spazio retro-parotideo posteriore* (Villaret), la *sindrome totale degli ultimi nervi cranici* (Vernet) o del *carrefour condylo-dechiré posterieur* (Sicard), che dà un'emiplegia glosso-laringo-scapolo-faringea; o infine quella *del forame lacero posteriore*.

Molto promettenti sono riusciti i tentativi di trapianti nervosi nelle paralisi dei nervi della laringe, specie del ricorrente (Serafini e Uffreduzzi).

Le ferite belliche della laringe e della trachea, non molto frequenti assolutamente, hanno messo in evidenza, se ancor ve ne fosse stato bisogno, la superiorità della *laringostomia* nella cura delle stenosi croniche su tutti gli altri metodi, ormai abbandonati.

Nel territorio dell'organo della voce, psichiatri, nevrologi e laringologi, ponendo a vantaggio anche tutte le conoscenze della rinascente fonetica sperimentale o biologica — il fondatore lo abbiamo in Leonardo da Vinci — hanno recato validi studi e aperto la via a nuovo cammino nelle questioni delle afonie, del mutismo, della blesità, specie di origine commotivo-emotiva (Massei, Tanturri, Gradenigo, Pighini, Fazio, Bilancioni, ecc.): uno dei fatti meglio assodati si è che non tutte queste forme sono presenti in individui isterici, come un tempo si riteneva.

Un'ultima parola si deve concedere ai progressi compiuti nel campo della *medicina legale* delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso, di cui Balla e Caldera hanno scritto un manuale. Durante la guerra l'otoiatra ha dovuto affrontare i più diversi problemi anche nella zona-limite della specialità: di organizzazione sanitaria, di profilassi, di trattamento, di neurologia e di medicina forense in relazione alle più varie evenienze.

***

Da questa breve, forse troppo breve, e monca rassegna, si vede che nelle nostre discipline — così come nell'arringo di tutte le attività umane — le conoscenze scientifiche, anche le più «pure» ed elevate, che possono apparire agli spiriti distratti un lusso ingombrante, trovano larga e diretta applicazione nella pratica, quando siano

guidate da quei sani criteri, che permettono di congiungere in armonico legame le idealità della scienza e le esigenze della vita reale.

A noi sembra risulti evidente come l'oto-rino-laringoiatria non sia più un ramo, di discreto interesse, sorto dalla necessità della suddivisione del lavoro scientifico, che conduca una grama esistenza a sè, tutta conchiusa nel suo rigido contenuto. No. Come il clinico generico ha bisogno dell'opera nostra, così noi dobbiamo di continuo rinnovare e ampliare le fonti del nostro sapere, attingendo a tutta la patologia.

L'oto-rino-laringologia moderna è ramo florido e vivacissimo, che partecipa della vita di tutto il grande albero frondoso delle scienze mediche; come essa trae succo dalle altre parti dell'organismo, da quella ritornano linfe conquistatrici delle più alte cime.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Sull'azione agglutinante e opsonica di alcune sostanze chimiche sulle emazie e sulla possibilità di applicarla alla fagocitosi dei germi patogeni.

(I. BOND. — *The British medical Journal*, 11 Jan. 1919, n. 3028, pag. 35).

L'A. ha studiato la fagocitosi che i leucociti esercitano sulle emazie e ha trovato che ordinariamente gli effetti che un siero esercita sulla fagocitosi vanno di pari passo con la proprietà di agglutinare le emazie. Sembra che la agglutinazione delle emazie sia come il primo effetto della stessa causa; il secondo sarebbe l'adesione delle emazie ai fagociti, il terzo la fagocitosi.

I più pronti effetti opsonici si hanno con sieri provenienti dall'individuo che fornisce i fagociti, ma questa specificità non è assolutamente necessaria nè si può dire che ogni siero agglutinante sia anche provvisto di proprietà opsoniche. Vi sono dei sieri che agglutinano le emazie, ma sono contemporaneamente tossici per i leucociti. In questi casi la fagocitosi manca.

Le emazie sono più resistenti all'azione fagocitica dei leucociti dello stesso individuo che non a quella dei leucociti di un altro individuo.

I leucociti di alcuni individui della specie umana hanno una capacità di fagocitare emazie di pecora lavate molto maggiore di quella dimostrata da leucociti di altri individui.

La resistenza alla fagocitosi presentata dalle emazie di diversi soggetti umani varia anche per diverse condizioni. Così, se si fa una sospensione di emazie triturate in un mortaio e la si mette in contatto con alcune gocce di sangue dello stesso individuo, contenente tutti gli elementi costitutivi del sangue, si trova che i frammenti di emazia, non solo non vengono fagocitati, ma esercitano anche una forte azione tossica sui leucociti. L'azione leucotossica è molto minore se le emazie triturate vengono messe in contatto con sangue di un altro individuo.

Ora come spiegare il fatto che, mentre le emazie sane sono innocue per i leucociti, le emazie disintegrate hanno una azione leucotossica sugli stessi leucociti? Come si vedrà in seguito, la tossicità dei frammenti di emazia può esser neutralizzata con alcuni reagenti chimici. Sembra perciò che, mentre le emazie non hanno effetti dannosi sui leucociti, contengono sostanze velenose che, se liberate in forti quantità, sono per essi velenose.

Durante l'agglutinazione, una certa quantità di questo veleno endocorpuscolare filtra nel plasma. Se esso è in quantità piccola, stimola un'azione adesiva sui leucociti e favorisce la fagocitosi; ma se è liberato in grande quantità, come avviene quando le emazie vengono pestate, esso è tossico per i leucociti.

Il meccanismo secondo il quale le emazie vengono preparate alla fagocitosi consisterebbe in una reazione determinata dalle agglutinine del siero sulle emazie le quali contengono nel loro stroma un agglutinogeno.

Sorge ora il problema di sapere se i sieri agglutinanti possano essere sostituiti da un qualche reagente chimico. L'A. ha trovato che la paraffina liquida e la soluzione 5 % di gomma di acacia in soluzione fisiologica dànno buoni risultati.

Se questi reagenti vengono messi a digerire insieme con sangue, si hanno i seguenti effetti: I leucociti presentano una forte attività pseudopodica e, trattati con soluzione iodica 1 %, dànno una intensa reazione iodofila. Sembra che la paraffina protegga i leucociti dalla disintegrazione e stimoli la loro attività. Il ben noto fatto che la coagulazione del sangue è ritardata nei vasi imparaffinati non dipende perciò solamente dalla levigatezza della superficie, ma anche dal fatto che resta impedito il rapido passaggio dei fermenti dei leucociti nel plasma. Il fatto che la sostanza iodofila tende a rimanere nelle cellule in presenza della paraffina liquida sembra probativo a questo riguardo. La soluzione di gomma ha sui leucociti gli stessi effetti che ha la paraffina.

La paraffina liquida, come le soluzioni di gomma, usate per la medicazione delle ferite,

sembrano favorire la fagocitosi e stimolare il distacco delle parti necrotiche.

Se a una soluzione di gomma si aggiunge una sospensione di emazie lavate, si ottiene in pochi minuti una agglutinazione in tutto simile a quella prodotta dai sieri.

Le emazie lavate mescolate con paraffina liquida, si aggruppano in piccole masse. Questo effetto sembra dovuto all'azione meccanica del reagente più che a un aumento della viscosità delle emazie.

Anche altre sostanze chimiche producono sulle sospensioni di emazie degli aggruppamenti non distinguibili microscopicamente dalla agglutinazione da siero. Tra gli antisettici, la acriflavina 1 ‰ produce questo effetto in modo spiccato. Gli antisettici più potenti alterano rapidamente le emazie che si decompongono: ciò non avviene usando le soluzioni di gomma o la paraffina liquida.

Si presenta ora il quesito di sapere se le emazie agglutinate con la gomma o con la paraffina siano anche opsonizzate, cioè preparate ad essere ingerite dai leucociti nello stesso modo come lo sono quelle agglutinate dai sieri.

I seguenti fatti sembrerebbero autorizzare una tale supposizione.

a) Effetti della agglutinazione sulle emazie frammentate. — I frammenti di emazie possono essere agglutinati da un siero agglutinante come le emazie intere. Egualmente l'agglutinazione dei frammenti di emazie può essere ottenuta con le soluzioni di gomma o con la paraffina liquida. Una volta che i frammenti di emazie sono stati così agglutinati, messi a digerire con una goccia di sangue, i leucociti di questo sono capaci di ingerirli. La fagocitosi cioè che, come abbiamo precedentemente veduto, non poteva esplicarsi sui frammenti di emazie non agglutinati per la ragione che i frammenti di emazie sono intensamente leucotossici, può ora aver luogo.

b) Effetto dell'agglutinazione artificiale sulle emazie intere. — Le emazie lavate di pecora sono tossiche per i leucociti di alcuni individui. Se esse vengono trattate con soluzioni di gomma o con paraffina liquida, l'azione leucotossiva va perduta. Avviene una adesione tra le emazie e i leucociti e un certo numero di emazie viene fagocitato.

Il trattamento preliminare con gomma o con paraffina dunque produce non solo una agglutinazione delle emazie intere o frammentate, ma diminuisce anche il loro potere leucotossico e le prepara alla ingestione leucocitica.

Sembra che questi fatti siano l'effetto di mutamenti, avvenuti nello stroma, per i quali l'endotossina non può diffondersi rapidamente nel mezzo ambiente e avvelenare i leucociti; nello stesso tempo le emazie aderiscono tra loro e ai leucociti coi quali sono in contatto.

Non tutti i reagenti che agglutinano le emazie le preparano alla fagocitosi. Il bicloruro di mercurio, che in soluzioni diluite è agglutinante, è tossico per i leucociti. L'acriflavina che in soluzioni diluite non è quasi affatto leucotossica non si dimostra capace di stimolare la fagocitosi.

È un fatto di una certa importanza suggestiva che queste sostanze (per es. la paraffina e la gomma) le quali stimolano la fagocitosi leucocitica delle emazie siano sostanze inerti; esse proteggono i leucociti isolati dalla rapida devitalizzazione, stimolano l'elaborazione di sostanze iodofile e ne ritardano la diffusione nel mezzo ambiente; alterano la densità del siero e modificano la tensione di superficie dei corpi cellulari che inviluppano. Non sono emolitiche e non hanno azione di eritrocidia. Una soluzione 5 % di gomma agglutina le emazie, ma non le disintegra; esse possono essere disagglutinate col lavaggio e poi agglutinate di nuovo.

Al contrario quei reagenti che emolizzano e distruggono le emazie impediscono la fagocitosi probabilmente perchè producono una rapida diffusione dell'endotossina la quale si libera in quantità tossica per i leucociti.

Può essere che nelle nostre ricerche di reagenti chimici per sterilizzare le ferite si è tenuto troppo conto della capacità battericida è si è trascurata troppo l'influenza esercitata dagli antisettici sui meccanismi difensivi naturali. Sarebbe forse bene cercare degli antisettici che potessero cooperare con i poteri fisiologici producendo una agglutinazione o una opsonizzazione dei microrganismi e li rendessero più vulnerabili alla fagocitosi.

Le osservazioni riferite dall'A. rischiarano un problema affine e inducono la speranza che si possano trovare sostanze capaci di agglutinare i batteri e i cocchi e di renderli così più facilmente preda della fagocitosi.

G. EGIDI.

CHIRURGIA.

La deambulazione immediata dopo l'estirpazione dei corpi mobili del ginocchio.

(CH. WILLEMS e DE CAESTECKER. *Archives Médicales Belges*, dic. 1918).

Gli AA. riportano la storia di 17 individui affetti da corpi mobili del ginocchio, trattati con l'artrotomia, l'estirpazione del corpo mobile e la deambulazione immediata o quasi immediata. Si trattava di persone quasi tutte affette da corpi mobili, per lo più post-traumatici (cadute, colpi,

calci, distorsioni, ecc.), ora completamente liberi (es. menischi cartilaginei lussati), ora peduncolati, ora sessili, con idartrosi cronica recidivante malgrado le punture evacuatrici, con deambulazione dolorosa e limitazione dei movimenti del ginocchio.

Per sopprimere il dolore durante l'atto operativo, gli AA. si son serviti per i primi casi dell'anestesia generale, alla quale hanno sostituito in seguito l'anestesia locale stovainica, risparmiando così agli ammalati i pericoli d'una anestesia generale, e approfittando all'occorrenza della integrità di coscienza del malato per fargli compiere movimenti attivi del ginocchio e facilitare la ricerca del corpo mobile.

La tecnica usata è semplicissima: si tratta di un'artrotomia verticale laterale. Prima si raccomandava l'artrotomia trasversale per l'estirpazione dei menischi, e, siccome l'interno è il più spesso in causa, si faceva portare quest'artrotomia sulla metà interna dell'interlinea articolare. Si pretendeva che la scoperta e l'escisione del menisco fosse più facile attraverso questa incisione trasversale che in quella verticale. Invece un'incisione verticale basta perfettamente a raggiungere lo scopo. La sola condizione necessaria è che questa incisione sia lunga, ch'essa sorpassi o raggiunga almeno l'estremità superiore del cul-di-sacco sotto-quadricipitale e, in basso, l'interlinea, perchè permetta l'esplorazione accurata della cavità articolare, dove il corpo mobile non è sempre unico: spesso si rinvengono frange ipertrofiche con un menisco lussato.

Regola generale: bisogna evitare d'abbandonare nell'articolazione delle superfici cruentate. È necessario dunque di riunire con la sutura al catgut il letto d'impianto d'un corpo mobile non peduncolato, e la legatura deve essere preferita alla semplice escisione per i corpi peduncolati.

È importantissimo che la ferita operatoria sia correttamente e completamente chiusa, senza alcun drenaggio, neppure temporaneo. Bisogna suturare in piani distinti la sinoviale, la capsula con le inserzioni muscolari e tendinee, e la pelle.

Subito dopo l'atto operativo deve cominciare la mobilizzazione attiva del ginocchio. Mentre la incisione trasversale ha l'inconveniente di prestarsi meno bene alla mobilizzazione attiva immediata, la tensione della capsula che si produce durante i movimenti tendendo a disgiungere la linea di riunione, la linea di sutura di un'artrotomia verticale non è affatto stirata durante i movimenti di estensione e di flessione del ginocchio.

Le conseguenze operatorie sono state sempre buone. In alcuni operati si sono avuti, per alcune ore o per qualche giorno, dolori spontanei abbastanza forti.

Qualcuno ha presentato per i primi giorni una elevazione abbastanza notevole della temperatura (38° ed anche 38°.5), sintomo coincidente generalmente con il dolore spontaneo, non in rapporto con un'eventuale infezione ma probabilmente espressione di uno dei fenomeni di riassorbimento sanguigno.

Dolori e temperatura sono scomparsi in qualche giorno, senza lasciar traccia, senza impedire la mobilizzazione, che è stata continuata senza interruzione, facendo rinunziare tutt'al più alla deambulazione immediata.

Un altro incidente post-operatorio abbastanza frequente è stato la comparsa di un versamento endo-articolare più o meno abbondante, accompagnato da dolore e da un certo grado di riduzione nell'estensione dei movimenti. Ma è stato sufficiente di vuotare questo versamento con la puntura per vedere ripristinarsi le condizioni normali. Sappiamo che questi versamenti si producono frequentemente quando una superficie cruentata deve essere abbandonata nella cavità articolare rinchiusa; questa superficie dà un gemizio sanguigno che, per poco che sia abbondante, non è più riassorbito a misura che si produce, e s'accumula nella cavità. In parecchi casi la puntura s'impone ed è bene di non tardare a farla, perchè non bisogna lasciar prolungare la impotenza funzionale che ne risulta e che la puntura sopprime istantaneamente.

In tutti gli operati la guarigione è stata completa, sia anatomicamente che funzionalmente e con una rapidità sorprendente, avendo potuto gli ammalati riprendere le loro occupazioni dopo 15-20 giorni dall'atto operativo. Questa guarigione perfetta è stata ottenuta con la semplice mobilizzazione attiva, senza aggiunta di alcun altro mezzo, senza alcun trattamento fisioterapico, molto più presto e meglio del metodo classico di immobilizzazione seguita da fisioterapia.

Il segreto della buona riuscita del metodo consiste nella precoce mobilizzazione dell'articolazione. L'operato dovrà farla per pura mobilizzazione attiva, ad esclusione di ogni mobilizzazione passiva. Egli dovrà farla senza dilazione, per così dire senza interruzione, fino alla stanchezza. Egli dovrà eseguire movimenti d'ampiezza crescente, in modo da raggiungere nel minor tempo possibile la massima escursione. Si otterrà sempre tutto quel che si vuole, a condizione che l'infermo sia dotato di buona volontà e di tenacità, e che il chirurgo non l'abbandoni a sè stesso, ma si occupi continuamente di lui e ne vinca la naturale ripugnanza che da principio ha per i movimenti attivi.

B. MASCI.

MALATTIE VENEREE.

Cura della blenorragia cronica mediante vaccini ottenuti dal pus gonococcico.

(PINEO e BAILLIE. *The Lancet,* 29 marzo 1919; rec. in *Presse médicale,* 1° maggio 1919, n. 25).

Gli autori hanno curato migliaia di soldati affetti da infezione gonococcica, con i più diversi metodi compresi i più noti vaccini (Rochester, Nicolle e Blaizot) ed anche, ma in pochi casi, l'auto-vaccino.

Essi cominciarono le loro ricerche con vaccino ottenuto dal pus blenorragico prelevato da cinque casi diversi, ed ebbero nel reumatismo blenorragico e nell'epididimite risultati incoraggianti. Prepararono quindi un vaccino col pus di 21 malati in periodo acuto. La distruzione microbica col loro metodo è ottenuta mercè l'immersione in soluzione fenica. Nei casi cronici essi combinarono questo vaccino ad un emulsione di 10 specie di bacilli difteroidi Gram-positivi ed a 7 specie di stafilococco bianco proveniente da blenorragie croniche. Le dosi minime di questi microbi furono rispettivamente di 60 e 240 milioni.

L'associazione del vaccino e del bacillo difteroide dava nelle uretriti croniche risultati migliori che non il vaccino solo, con assenza quasi completa di fase negativa benchè le iniezioni fossero ripetute ogni tre giorni.

Secondo le loro esperienze, l'uso del vaccino è inutile, talvolta nocivo, nelle forme acute ad eccezione dei casi d'infezione generalizzata. In generale bisogna incominciare da dosi iniziali minime, assai inferiori a quelle che si adoperano abitualmente, ed aumentarle quindi a poco a poco. Con questo sistema si avrebbero i risultati migliori con il minimo di recidive.

I casi nei quali il vaccino ebbe maggiore efficacia furono: *a*) le uretriti in periodo avanzato, venti o venticinque giorni dalla comparsa dell'essudato con gonococchi intra- ed extra-cellulari; *b*) le ricadute causate da una ripresa troppo precoce di rapporti sessuali o dell'uso di bevande eccitanti; *c*) il reumatismo acuto o cronico; *d*) le oftalmie blenorragiche per infezione metastatica o locale; *e*) le rare setticemie gonococciche.

La scala delle dosi che ha dato i migliori risultati fu la seguente: 6, 12, 18, 24, 36, 60, 72, 90, 120, 150 milioni di germi, somministrate ad intervalli di tre giorni l'una dall'altra. La maggior parte dei malati guarì a cominciare dalle dosi di 60 a 72 milioni.

V. MONTESANO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE COTTOLENGO DI TORINO.
(Sezione chirurgica diretta dal dott. LOMBARDI).

Un caso di cisti da echinococco delle pareti addominali

per il dott. VERGANO ROBERTO, assistente.

F. Giovannina, anni 50.

Entra in ospedale, il 2 febbraio 1919. Nessuna malattia degna di nota. Circa due anni or sono ebbe a rilevare per la prima volta e quasi incidentalmente, nel quadrante superiore destro dell'addome, un tumoretto della grandezza di una piccola noce, affatto indoloro, facilmente palpabile dalla malata stessa, molto mobile, spostabile cioè di lato e in senso verticale, non però riducibile nella cavità addominale. Detto tumore andò progressivamente aumentando di volume, ma in modo molto lento, sino a raggiungere in due anni il volume attuale che è quello all'incirca di un mandarino. Durante tutto questo tempo l'ammalata non ebbe mai alcun disturbo nè soggettivo, nè funzionale, nessun fenomeno viscerale di alcun genere, nè fenomeni reattivi infiammatori locali, non accusò mai dolori nè diffusi, nè localizzati in alcuna parte dell'addome. Entra in ospedale solo impressionata dal volume assunto dal tumore, e perchè desidera un intervento chirurgico.

E. O. Apiressia, costituzione regolare, stato di nutrizione discreto, lieve grado di anemia. Nulla a carico dei visceri toracici. Addome: trattabile, indolente, non ascitico nè meteorico. Fegato e milza in limiti.

La palpazione nel quadrante superiore destro, fa rilevare a due dita trasverse al disotto dell'arco costale e sul prolungamento della linea emiclaveare un tumore della grandezza circa di un mandarino, rotondeggiante, a limiti non ben netti, a superficie liscia e regolare, di consistenza elastica; parzialmente mobile a pareti addominali rilasciate, questo tumore viene fissato nella contrazione dei muscoli (facendo sedere l'ammalata sul letto), rimanendo tuttavia palpabile, benchè in modo assai meno distinto. Detto tumore non è mobile con gli atti respiratori. La palpazione è affatto indolora. La percussione dà suono ottuso.

L'anamnesi e l'esame clinico mentre permettevano in via generica di stabilire la diagnosi di tumore benigno, profondo delle pareti addominali, lasciavano particolarmente in dubbio sia la sede precisa sia la natura del tumore. Poteva infatti trattarsi, data la grande mobilità del tumore accusata dall'inferma, di un fibroma del epiploon, che avesse contratto ulteriormente aderenze con le parti vicine, mancava però ogni segno di epiploite per spiegare le avvenute aderenze; o di un lipoma preperitoneale, oppure di un tumore proprio delle fasce aponeurotiche o dei muscoli.

D'altra parte la forma, regolarmente sferica, la consistenza elastica, la superficie liscia e tesa da-

vano l'impressione che si trattasse di un tumore di natura cistica, ed è con questo sospetto che si ricorse, come ad ulteriore sussidio diagnostico, all'esame del sangue; nei preparati colorati con metodo di Jenner, si rilevò il 9% di cellule eosinofile, cioè una netta eosinofilia, che richiamò alla mente la possibilità della natura parassitaria del tumore, nonostante la localizzazione rara.

L'ammalata viene operata il giorno 24 dal dott. Lombardi. Si pratica una incisione longitudinale sulla parte esterna del muscolo retto anteriore, dissociando ottusamente e divaricandone le fibre muscolari. Le fibre del foglietto posteriore della guaina di rivestimento di questo muscolo appaiono sfiancate dalla presenza di un tumore sottostante. Incise prudentemente, appare un tumore evidentemente cistico, a superficie liscia, a parete sottile, di colore grigio bluastro splendente. Il tumore ha aderenze tenaci specialmente anteriormente, con l'aponeurosi e coi fasci muscolari del retto anteriore; mentre sono lasse le aderenze che il tumore con la sua superficie posteriore ha contratto, attraverso smagliature della fascia trasversale, col tessuto preperitoneale e col peritoneo.

Una puntura esplorativa da esito a liquido limpido, trasparente, simile ad acqua di fonte. Svuotata la cisti si procede all'isolamento della sua membrana e si asporta completamente la sacca. Chiusura delle pareti addominali, guarigione rapida per prima.

Il liquido estratto ha i seguenti caratteri: limpido, trasparente; privo di albumina (non si intorbida col calore e l'aggiunta di acido acetico); contiene cloruro di sodio (precipita trattato con soluzione di nitrato d'argento); l'esame microscopico fa rilevare per quanto scarsi i caratteristici uncini a forma di alabarda. Coll'esame del liquido restava pertanto chiaramente dimostrata la natura parassitaria del tumore, e che precisamente, si trattava di una cisti da echinococco.

Si credette pertanto opportuno esporre quest'osservazione clinica per la rarità del caso. È noto infatti come siano rare le localizzazioni extraviscerali della cisti da echinococco, e come quelle dei muscoli rappresentino appena il 5% di tutti i casi di echinococcosi; per il caso nostro in specie è poi da ricordare come il Madelung potè citare solo un caso di una cisti isolata delle pareti addominali. Per questa localizzazione è probabile, secondo l'opinione di alcuni autori (F. Lommel), la perforazione attiva attraverso le pareti intestinali e la migrazione degli embrioni attraverso il peritoneo e nel tessuto cellulare sottoperitoneale. Nel caso nostro consoliderebbero questa supposizione le aderenze del tumore col peritoneo e il tessuto preperitoneale.

Degna di nota poi nel caso in questione è la netta eosinofilia, che pur non avendo un valore patognomonico ed esclusivo è pur sempre da ricercarsi e da tenersi in considerazione, essendo accertato che nella massima parte degli individui affetti da echinococcosi le cellule eosinofile del sangue aumentano sino all'8 e all'11%, rappresentando pertanto nei casi dubbi un sussidio diagnostico non trascurabile.

L'eosinofilia andò rapidamente modificandosi dopo l'intervento, tanto che la formula leucocitaria nei preparati di sangue eseguiti cinque giorni dopo era normale. Risultato questo, che nei limiti relativi in cui deve essere tenuto il sintomo, può avere importanza come elemento prognostico.

COMMENTI.

A proposito dell'immunità per l'influenza conferita ai malarici dal chinino.

Ho letto con non poca sorpresa alcune note apparse nei numeri del *Policlinico* del corrente anno, in sostegno di una certa immunità di cui avrebbero goduto i malarici chininizzati nella decorsa epidemia d'influenza.

Le numerose osservazioni da me fatte non convalidano tale opinione, anzi dimostrerebbero il contrario. Infatti nei mesi di ottobre e novembre scorsi vennero ricoverati nell'Ospedaletto da me diretto centinaia (in Albania gli Ospedaletti assumono capacità dai 500 ai 1000 letti e più) di militari malarici colpiti dall'influenza. Alcuni erano inviati all'Ospedale con diagnosi di malaria, per solito di malaria recidiva e all'esame clinico risultavano affetti anche d'influenza spesso con fenomeni bronco-polmonari, tanto che erano immediatamente isolati nel reparto broncopolmonitici; in altri inviati per influenza, veniva accertata pure la malaria sia all'esame clinico che ematologico. Si trattasse o no di soggetti malarici, tutti i ricoverati d'influenza erano stati abbondantemente chininizzati.

Quando comparve l'influenza si era in piena campagna antimalarica: la profilassi chininica è conosciuta da tutti in Albania, severamente prescritta dalle autorità mediche superiori e in via generale bene osservata. Eppure l'influenza è stata violenta, l'epidemia s'è diffusa rapidamente con caratteri di intensa gravità facendo molte vittime. Non pochi ufficiali medici risparmiati per uno o due anni dalla malaria mercè la pratica di una rigorosa profilassi meccanica e chininica, non lo furono dalla influenza.

Così pure d'influenza ammalarono non pochi malarici mentre si trovavano ricoverati all'Ospe-

daletto ed erano sottoposti a una cura energica e intensa di chinino per iniezioni.

Certamente la profilassi (o, per essere più esatti la cura) chininica nei malarici ha loro indirettamente giovato moltissimo a sostenere la nuova infezione, la quale quando colpiva un malarico ben chininizzato trovava necessariamente un terreno meno labile di quello offerto da un malarico non chininizzato; e perciò appunto nella cura di tali pazienti malarici-influenzati l'uso del chinino fu sempre razionalmente continuato.

Pertanto senza voler discutere l'efficacia o no della profilassi chininica per l'influenza nell'individuo sano, e ritenendo fermamente che la terapia chinino-arsenicale nel malarico mentre combatte il parassita rende l'organismo più forte a sostenere una eventuale nuova infezione sopraggiunta (tifo, difterite, influenza, ecc.), posso con certezza affermare per i molti casi osservati, quasi un migliaio, che l'influenza non solamente non risparmia i malarici per quanto chininizzati, ma che in essi ha un decorso peculiarmente grave, specie quando trattasi di malarici recidivi, con deperimento organico, oligoemici, splenomegalici, e ancor più quando in essi l'influenza si presenta con fenomeni bronco-polmonari e ciò per il pericolo del collasso cardiaco a cui più facilmente sono esposti tali pazienti.

Capitano Medico
CASTELLANI dott. PIETRO.
Direttore Ospedaletto da Campo 332.

Durazzo, aprile 1919.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medico-chirurgica di Pavia.

Seduta del 9 maggio 1919.

Sulla cura dell'empiema col metodo Morelli.

C. VERCESI. — L'O., esposti i criterî su cui si basa il metodo Morelli e le norme pratiche relative al suo impiego, riferisce su una serie di 17 feriti empiematici da lui curati nell'ospedaletto n. 79 (II. C. A.) di cui 12 rappresentano la totalità degli empiemi verificatisi su 274 casi di ferite al torace.

Distingue due gruppi, il primo di 6 casi, ad insorgenza precocissima, complicati da gravi fatti setticemici, il secondo di 2 casi ad insorgenza più tardiva, con essudato nettamente purulento e con più spiccate alterazioni pleuriche e polmonari (forte produzione di cotenne fibrino-purulenti, retrazione spiccata del polmone),

In tutti i casi, previa toracotomia (solo in un caso venne eseguita soltanto la pleurotomia) fu applicato l'intero dispositivo Morelli con cui fu possibile la rapida eliminazione della raccolta pleurica e si poterono eseguire i lavaggi della cavità in compressione e in decompressione. Il periodo di compressione fu vario in rapporto alla maggiore o minore vicinanza della data della ferita e fu quindi più prolungata nei casi del primo che non in quelli del secondo gruppo: l'aspirazione dovette essere più protratta nel secondo gruppo di casi.

Si ebbero 4 decessi: 3 nei feriti del primo gruppo per setticemia, 1 in quelli del secondo gruppo, in un ferito toraco-addominale in cui insorse tardivamente una peritonite mortale.

Tutti gli altri vennero a guarigione in un periodo variante da 25 a 35 giorni: in due casi si ebbe la produzione di una fistola polmonare (riapertura della ferita) per troppo forte e troppo precoce aspirazione: con opportuna ripresa della compressione si ottenne la chiusura della fistola e più tardi la guarigione.

L'O. rileva la rapidità del miglioramento nelle condizioni generali dei feriti che, coi ripetuti lavaggi e colla completa eliminazione del pus, sono sottratti precocemente alle azioni tossiche del processo empiematico: sopratutto è da tenersi in considerazione l'alto grado della riparazione funzionale che viene raggiunto: l'aspirazione eseguita col metodo Morelli permette di ottenere la riespansione del polmone anche in casi con forte retrazione e di evitare le deformità toraciche che spesso rappresentano l'esito più manifesto degli empiemi considerati guariti dopo i trattamenti comuni.

Sulla cura dell'empiema comune.

E. MORELLI. — In parecchi lavori (« La cura delle ferite torac-opolmonari », Bologna, 1918, edit. Cappelli) il prof. Morelli ha descritto minutamente il metodo e i risultati ottenuti nella cura dell'empiema da ferita toraco-polmonare; era ovvio pensare che anche negli empiemi comuni i risultati fossero altrettanto buoni.

È noto che il metodo essenzialmente consiste nella ricostruzione della pressione negativa del cavo pleurico dopo l'attuazione della toracotomia (metodo questo già preconizzato dal prof. Forlanini) accompagnato o no da lavatura della pleura.

Morelli dice di tre casi curati. Il primo si riferisce ad una persona di anni 50, entrata nell'Istituto di patologia medica in condizioni gravissime per un empiema destro streptococcico. La toracentesi diede esito ai C.C. 1600 di pus, la toracotomia fatta il giorno appresso ad altro mezzo litro circa.

Il polmone si dimostrò all'inizio difficilmente dilatabile, ma poi coll' aspirazione graduale si

espanse così bene che la cavità pleurica risultò del tutto obliterata in 28 giorni. La guarigione fu tale che ricomparve dopo un mese e mezzo mobilità polmonare. Nessun spostamento viscerale insorse, nessuna deformazione toracica, il respiro quasi normale. Una radiografia dimostra la guarigione ottima.

Il prof. Morelli presenta un altro malato, un soldato, nel quale con la toracotomia vennero evacuati dalla cavità toracica destra più di due litri di pus fortemente putrido. Dopo *sei giorni* di aspirazione, la pleura era completamente chiusa e cessata ogni emissione di pus. La guarigione fu perfetta, non deformazioni toraciche, respiro abbondante, in alcuni punti ripristino della mobilita del margine. La radiografia dimostra *restitutio ad integrum* del polmone, senza nessun spostamento viscerale o deformazione diaframmatica.

Un terzo ammalato era affetto da 5 mesi da empiema, ne residuava una fistola toracica comunicante con una cavità del volume di circa mezzo litro. Dopo 17 giorni di aspirazione con una forte pera di gomma, si potè levare l'apparecchio perchè le pleure erano del tutto saldate. Il respiro scarsissimo era ritornato abbondante, pur essendo il polmone rimasto retratto per 5 mesi. Il Morelli accenna ad altri due malati ancora in cura, di cui uno ammalato di empiema da due anni circa, con polmone così poco dilatabile che si dovette ricorrere ad una demolizione costale. Ne residuò ancora una cavità di circa tre quarti di litro di volume. In circa 25 giorni di aspirazione la cavità è ridotta a circa 10 C.C. Un quinto ammalato affetto da empiema che durava da circa un anno, aveva temperatura oscillante fra i 39 ed i 40 gradi: l'applicazione dell'apparecchio portò in due giorni la temperatura ad oscillare fra i 36^{5} ed i 38 come massimo di alcuni giorni. La cavità va riducendosi.

L'autore conclude che anche per gli empiemi di pace devesi procedere immediatamente all'aspirazione permanente. La temperatura cade, l'intossicazione si può dir nulla, le condizioni generali si migliorano immediatamente.

La guarigione sarà più o meno rapida e perfetta a seconda della maggiore o minore dilatabilità del polmone. L'aspirazione anche qui deve essere elevata gradualmente per non incorrere nel pericolo di perforazione polmonare per distacco di aderenze.

Il fenomeno della spalla. Contributo allo studio nosografico della meningite.

P. BINDA. — L'autore descrive un nuovo sintomo di irritazione meningea consistente in un movimento a scatto di proiezione in avanti della spalla in seguito alla rotazione passiva del capo verso il lato opposto.

Tale fenomeno sarebbe frequente nel periodo iniziale della meningite e specialmente della forma tubercolare,

Avrebbe un valore diagnostico non trascurabile.

Quanto alle modalità cliniche, ai rapporti colle altre manifestazioni della meningite e alle lesioni anatomo-patalogiche, che possono presiedere alla comparsa del fenomeno, l'autore si riserva in uno studio più dettagliato.

Così pure si riserva ogni giudizio sulla patogenesi anaiogo a quello di altri fenomeni caratteristici della meningite e noti da lungo tempo come i segni di Kernig, di Brudzinski e di Flessinger.

A. GASBARRINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Ostruzione acuta appendicolare.

S. T. IRWIN. *The Lancet*, 18 gennaio, 1919) espone l'analisi di 131 casi urgenti chirurgici di appendicite acuta, e dà speciale peso all'occorrenza, sintomi, diagnosi e trattamento dell'ostruzione acuta appendicolare. L'appendicite acuta è generalmente di inizio indeterminato, senza grande dolore iniziale, e costipazione. Sin dall'inizio la frequenza del polso e la temperatura si elevano e il dolore è localizzato nella fossa iliaca destra. Se in tali casi è presente pus, esso è generalmente in piccola quantità, e ben circoscritto dalle adesioni, se le pareti dell'appendice sono spesse, e non è possibile una rottura.

D'altra parte la grande maggioranza dei casi di appendicite acuta sono casi di ostruzione acuta dovuta a concrezioni, restringimenti, pieghe, vermi, semi e altri corpi estranei. Un caso tipico di ostruzione acuta comincia con dolore grave, riferito all'epigastrio o alla regione ombelicale e con carattere di colica. Sopraggiunge presto il vomito ed è ricorrente, e la stitichezza è un sintomo preminente.

Questi sono i sintomi del primo stadio, e sono associati a piccolo aumento della frequenza del polso e della temperatura; talora no. Vi è una scarsa dolorabilità nella regione appendicolare, e quasi mancante la rigidità dell'addome. In questo stadio si trova all'operazione una appendice rigida, distesa. Circa ventiquattro ore più tardi vi è una diminuzione del dolore e scompare il vomito. La temperatura è allora lievemente elevata e il polso accelerato. La dolorabilità sopra l'appendice è massima, e vi è una vasta area di rigidità. L'operazione mostra un organo in parte o completamente cangrenato, circon-

dato da essudati fibrinosi ma generalmente non bene limitato. Il terzo stadio si inizia con la rottura dell'organo cangrenato, e l'infezione del peritoneo, ed è segnato dall'insorgenza di dolore nella fossa iliaca destra intenso e continuo e associato a nausea, solo a scarso vomito. La temperatura può cadere al di sotto della normale, ma presto si eleva e il polso si accelera. L'addome è simile a una tavola di legno. L'intervento rivela peritonite o localizzata o diffusa.

La perforazione dunque è generalmente preceduta da trentasei ore di sintomi ben definiti, che permettono la diagnosi di ostruzione acuta dell'appendice.

L'intervento deve aver luogo prima che la malattia raggiunga il terzo stadio. In tale caso la prognosi è molto buona, ma allorchè si è indugiati sino al terzo stadio la mortalità varia dal nove al quindici per cento.

LIVIA LOLLINI.

Occlusione intestinale cronica durata undici anni.

M. Barbier (*Progrés méd.*, 5 apr. 1919), ha osservato una donna che, dopo crisi di colica addominale e diarrea, ebbe una stitichezza tanto ostinata che *per undici anni non emisè mai feci*, ma solo, e con difficoltà, dei gas e delle tracce di materie fecali. Ogni 10-15 giorni avveniva una crisi di occlusione acuta, con dolori addominali atroci e gonfiamento dell'addome: tutto ciò non ha impedito una gravidanza portata regolarmente a termine.

Nel corso di una delle crisi, l'A. ha ritenuto necessario intervenire d'urgenza. La laparotomia ha mostrato un colon pelvico estremamente dilatato, del volume di una grossa gomma d'automobile, talmente pieno di sostanze fecali che era impossibile estrarlo dall'incisione; il colon discendente era di calibro triplo del normale, il ceco pure dilatato, il tenue normale.

L'A. in conseguenza, fissò il colon pelvico all'incisione addominale; procedendo poi all'apertura col termocauterio, ed estraendo ogni giorno, per parecchie settimane, una quantità enorme di sostanze fecali indurite, di coproliti (almeno un centinaio, di grandezza variabile da una piccola noce ad un uovo). Dopo 3 settimane, si stabilì una emissione spontanea di feci.

In seguito, si potè ritrovare la causa dell'occlusione, che risiedeva in un restringimento alla fine del colon pelvico: è stata praticata la resezione del tratto stenosato e più tardi la chiusura dell'ano artificiale. L'ammalata si è ristabilita completamente.

l. b.

TERAPIA.

Il succo d'arancio nella profilassi e trattamento dello scorbuto infantile.

È noto che il succo di limone è considerato come uno specifico contro lo scorbuto dell'adulto: ora da recenti ricerche si è veduto che nello scorbuto sperimentale dell'animale, la semplice aggiunta di succo di arancio o di cedro fa scomparire in 8-10 giorni i fenomeni patologici e permette un accrescimento normale.

Questo fatto è di notevole importanza pratica, poichè permette di far sopportare l'allattamento artificiale aggiungendo al latte sterilizzato od alle farine lattee, del succo d'arancio o di cedro.

Con la semplice ebollizione del latte non si distruggono tutte le vitamine, ciò che spiega come sia possibile l'allattamento artificiale senza incorrere in gravi disturbi; la distruzione delle vitamine è invece totale con la sterilizzazione a 121°, quindi usando un simile latte l'aggiunta di vitamine è indispensabile.

In caso di allattamento artificiale, si darà ogni giorno, sin dai primi mesi, secondo le indicazioni di A. Delille (*Journal des Praticiens*, 12 aprile 1919) un cucchiaino da caffè di succo d'arancio, che si potrà zuccherare e diluire con acqua; in mancanza si darà del succo di cedro (1/2 cucchiaino ben zuccherato) oppure anche di ciliege, di mele, d'uva, sebbene l'attività di queste ultime frutta sia minore. Si potrà in tal modo evitare non solo lo scorbuto, ma anche quei disturbi distrofici meno gravi che hanno non piccola influenza sull'accrescimento del bambino.

fil.

Trattamento dell'anoressia nervosa del bambino.

È frequente specialmente nei grandicelli e nelle ragazze verso l'epoca della pubertà: i disturbi in queste ultime coincidono con quelli della amenorrea e portano rapidamente ad un profondo dimagrimento.

Si potrà usare la persuasione e la suggestione, spesso è consigliabile l'isolamento (Comby, *Consultation pour les maladies de l'enfance*). Si prescriverà poi il riposo per 15 giorni, proibendo in seguito le corse, i salti, ogni giuoco che affatichi; consigliabili anche le cure d'aria.

L'alimentazione sarà sostanziosa: uova, puree, paste alimentari, carni arrostite, frutta e verdura cotta, latte.

Due volte al giorno prima dei pasti, prendere una cartina con creta preparata, benzonaftol, glicerofosfato di calce ana cg. 20; polvere di noce vomica cg. uno e mezzo.

Continuare la cura per dieci giorni, sospenderla per altri dieci, poi ricominciare. Nel periodo di sospensione, dare invece prima dei pasti cinque goccie della miscela seguente: Tintura di noce vomica, genziana, china, quassia rabarbaro, cascara ana gr. uno.

r. s.

DIAGNOSTICA.

Tabelle per diagnosi differenziali.

FEBBRE TIFOIDE.	MALARIA (*subcontinua*).
Solitamente epidemica.	Piuttosto endemica: si verifica specialmente nelle campagne.
Decorso della febbre più o meno caratteristico: tendenza alla forma continua. La temperatura non arriva a 40° prima del 3°-4° giorno: non subisce importanti modificazioni col chinino.	Decorso irregolare e complicato: le osservazioni sistematiche della temperatura mettono in luce notevoli oscillazioni. La temperatura arriva a 40° in 24 ore: viene molto modificata dal chinino.
Stato infettivo generalmente marcato (espressione apatica, secchezza della lingua: deposito sui denti).	Stato infettivo meno grave, rispetto all'alta temperatura.
Esame del sangue.	
Mancanza di leucocitosi: diminuzione o assenza di eosinofili: mancanza di pigmento e di parassiti malarici: il siero agglutina i bacilli del tifo.	Mancanza di leucocitosi: eosinofili non molto diminuiti: mononucleosi, che tende a persistere; presenza di parassiti malarici e di pigmento: policromatofilia forte e persistente, mancanza di proprietà agglutinanti per i bacilli del tifo.
Presenza del bacillo di Eberth nel sangue, nelle feci, nella milza.	Manca.
Rallentamento iniziale del polso.	Manca.
Modificazioni diverse della lingua nei successivi periodi.	Mancano
Feci a *purée* di pisello all'inizio.	Mancano.
Roseola caratteristica fra l'8° ed il 12° giorno, talora anche tardiva. Raro l'herpes.	Nessun esantema caratteristico: l'orticaria non è rara: comune l'herpes.
Anemia assente, eccetto negli stadî tardivi.	Anemia più o meno spiccata già nei primi stadî. Colorito pallido quasi terreo, caratteristico.
Urina molto colorata: bile assente: diazoreazione di Ehrlich positiva all'acme.	Urina molto colorata: tracce di bile: raramente positiva la diazoreazione

I. P.

IGIENE.

Sulla profilassi dell'influenza.

La marea epidemica che si è abbattuta in tutti i paesi del globo, si è ritirata quasi dovunque; ma persistono degli strascichi e non è da escludere qualche ripresa; onde ci sembra non inopportuno di riassumere le principali nozioni fin oggi acquistate relativamente alla profilassi, sulla scorta del *Lancet*, (1° marzo 1919), che ne trae occasione dalla terza ondata verificatasi nell'Inghilterra. I caratteri clinici non differirono da quelli dalle altre ondate, salvo che i casi gravi si verificarono in proporzione minore e che gli individui attempati sembrarono aver perduto l'immunità relativa, di cui prima godevano.

Per quanto, dunque, riguarda la profilassi, due punti richiamano specialmente l'attenzione, cioè l'uso delle maschere e quello delle vaccinazioni preventive.

Le maschere, suggerite anche nel Memorandum del Collegio reale dei medici di Londra, dovrebbero essere usate secondo alcuni da chi assiste il malato ma, secondo altre autorità mediche, specialmente americane, anche generalmente dal pubblico mentre viaggia, od è comunque esposto all'infezione negli ordinarî rapporti sociali. Dalle esperienze di Sahli, risulta però che la maschera ordinaria è perfettamente permeabile alle fine goccioline che il Sahli considera come veicoli dell'infezione. Lanterburg poi ha dimostrato che una sospensione acquosa di *B. prodigiosum*, convenientemente nebulizzata, passava a traverso la maschera.

Il Sahli non sconsiglia l'uso del fazzoletto, posto davanti alla bocca od al naso del medico o dell'infermiere; ciò può avere una certa influenza educativa sul paziente, in contrasto con l'orrore misto a stupore che desta la maschera; questa

sarebbe consigliabile al paziente stesso, se le condizioni tutt'altro che facili della respirazione non ne rendessero difficile l'uso.

Per quanto riguarda le vaccinazioni preventive, è un fatto che esiste un'immunità naturale acquisita nell'influenza, ciò che viene provato dalla caduta critica della temperatura, o all'assistenza di ricadute in pazienti strettamente isolati, dalla parziale immunizzazione dell'umanità dimostrata dai lunghi periodi intercorrenti fra le epidemie. Questo indica la razionalità di una immunizzazione artificiale mentre i risultati negativi ottenuti con gli animali, non hanno grande importanza e solo indicano che è impossibile ottenere per ora un siero antitossico realmente efficace.

Il Sahli ha usato un vaccino contenente, nella dose iniziale, 80 milioni di bacilli per $^1/_{10}$ di cmc., l'uso di dosi maggiori espone al pericolo di indurre una fase negativa in soggetti già esposti all'infezione; però è solo con alte dosi che si può dare immunità di alto grado, quando il pericolo di infezione non è presente.

Un'osservazione fatta durante le epidemie passate è quella di J. Goldschmidt, secondo cui, a Madera, la vaccinazione antivaiuolosa ha protetto anche contro l'influenza.

fil.

Epidemiologia del vajuolo.

Secondo C. E. Riggs (*Military Surgeon* e *New York med. Journ.*, 18 genn. 1919) il vajuolo virulento che colpisce un individuo, fortemente immunizzato, assume o una forma molto benigna, o una molta grave, anzichè la solita forma di media gravezza.

Quando si esponesse un notevole gruppo di uomini alla varietà più virulenta di vajuolo, si vedrebbe che in molti casi a nulla servirebbe la immunità, anche se la vaccinazione fosse stata totale. In presenza di una epidemia di vajuolo molto virulenta sono necessarie tre vaccinazioni ad una settimana di intervallo, in modo da ottenere un tale ritardo nell'attecchimento dell'infezione, da venir considerato come vera immunità. Le malattie epidemiche dell'oriente sono una continua minaccia per il resto del mondo, minaccia che, tenuto conto dello spirito conservatore di quei popoli, perdurerà ancora a lungo.

r. s.

Per rendere ben percettibile il murmure presistolico nella stenosi mitralica, quando sia poco chiaro o solo sospettato, R. A. Morison consiglia l'inalazione di nitrito d'amile, incominciando con 20 centigrammi fino a reazione evidente, (*British Med. Journal*, 1918, 20 apr.).

MEDICINA SCIENTIFICA.

Le funzioni della corteccia delle capsule surrenali.

Una relazione di S. Vincent, professore di fisiologia all'Università di Manitoba (negli Stati Uniti), pubblicata in *Surg., Gyn. a. Obst.* (volume XXV, p. 294), raccoglie e coordina le nostre conoscenze, invero assai scarse, sulla corteccia delle capsule surrenali.

Notiamo di sfuggita che sarebbe molto più appropriato di denotare questi organi come *corpi adrenali*.

L'anatomia comparata e l'embriologia dimostrano che midollo e corteccia dei corpi adrenali hanno origine diversissima: la loro unione è, per così dire, un accidente anatomico.

La sostanza midollare difatti è un accumulo di tessuto cromaffine che deriva dal sistema simpatico di alcuni segmenti addominali e che s'insinua e s'incapsula nella corteccia, la quale deriva invece dall'epitelio germinativo, allo stesso modo dei corpi adrenali accessori.

Questi sono così comuni in tanti animali, da indurci a considerarli come parti di un sistema.

È ovvio che si debbano ricercare funzioni ben diverse per la parte corticale e per quella midollare dei corpi adrenali.

Molti fatti tendono a farci ammettere che alla corteccia spettino funzioni molto più importanti che al midollo.

Eppure gli estratti di corteccia non contengono nessun principio fisiologico definito. Iniettati nelle vene, abbassano la pressione del sangue; ma questo comportamento è comune a tutti gli estratti d'organi o di tessuti.

Non è bene assodato a quale sostanza questo comportamento sia legato, certo non alla colina, forse alla betaiminazoiletilamina.

Le funzioni proprie della corteccia sono tutt'altro che accertate; ma molti fatti clinici inducono ad ammettere che stiano in rapporto con lo sviluppo e con l'accrescimento dell'organismo ed in specie con lo stato degli organi sessuali.

Spesso profonde alterazioni dei corpi adrenali si accompagnano ad ipertrofia ed iperfunzionalità delle glandole sessuali.

Così, Bulloch e Sequeira nel 1905 rilevarono che i tumori dei corpi adrenali sono, non di rado, associati a sviluppo precoce degli organi sessuali.

Altrettanto avviene anche nelle ipertrofie semplici dei corpi adrenali.

Le cellule della corteccia contengono numerosi granuli lipoidi, i così detti *granuli corticali*, la cui funzione è molto oscura; sono forse prodotti di secrezione, destinati a passare nel sangue.

Circa la patologia della corteccia, S. Vincent

adotta la classificazione di Glynn in due grandi divisioni: *a*) iperplasia diffusa, che passa per transizioni negli adenomi e negli adenocarcinomi; *b*) tumori maligni, che comprendono sarcomi, ipernefromi e mesoteliomi.

Gli ipernefromi della corteccia o dei corpi adrenali accessori sono molto più comuni nelle femmine che nei maschi; la loro presenza tende ad accentuare i carateri sessuali primari e secondari maschili, a spese di quelli femminili. Gli adenocarcinomi si accompagnano spesso, nelle donne, a pseudo-ermafroditismo.

L'ingrossamento dei corpi adrenali si presenta in alcuni animali durante l'epoca del caldo e durante la gravidanza. Glynn l'ha osservata anche nelle donne gestanti.

Alcuni esperimenti avrebbero provato che piccole quantità di corpi adrenali, somministrate ai ratti bianchi, determinano lieve ingrossamento delle ovaie e dei testicoli; ma queste ricerche sono tutt'altro che dimostrative.

L'A. crede che sarebbe impresa disperata tentare di intendere con quale meccanismo i corpi adrenali possono agire sugli organi riproduttivi. Si può ammettere che segreghino uno o più ormoni; si può supporre che, oltre ad una iperfunzione e ad una ipofunzione, vadano soggetti ad una disfunzione, capace di agire sulle glandole sessuali; ma evidentemente ci si muove nel campo instabile delle ipotesi.

In alcuni esperimenti sul beri-beri sperimentale eseguiti nei piccioni, R. M. Carrison (*British Med. Journal*, 15 febb. 1919, pp. 177 e 194) determinava ipertrofia apprezzabile dei corpi adrenali (da 100.3 mg. per kg. a 139.5), mentre tutti gli altri organi diminuivano, salvo il sistema nervoso: marcatissima era la diminuzione delle ovaie (da 900 a 250) e più ancora quella dei testicoli (da 464.3 a 405.5). Al tempo stesso si aveva un edema diffuso, che l'A. paragona all'edema di guerra.

Le stesse alterazioni si producevano nell'inanizione.

Queste ricerche confermano sempre meglio i rapporti d'interdipendenza tra organi adrenali e organi sessuali, pur senza chiarirli gran fatto.

L. V.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1092) *Tardiva consolidazione di fratture.* — All'abb. n. 840:

Nei casi del genere cui Ella accenna si tratta di decalcificazione generale. Potrebbe accertarsene ai raggi X.

Anche lo sfregamento non dà buoni risultati. Uno dei mezzi più idonei ad affrettare la consolidazione è l'acido osmico, il cui potere osteogenico ha del meraviglioso: dopo 3-4 iniezioni praticare a intervalli di 8-10 giorni direttamente fra i monconi ed immobilizzando ogni volta il focolaio di frattura, si determina la consolidazione.

Il titolo della soluzione, in acqua distillata, è all'1 per cento. Si praticano iniezioni di 1 cmc., ossia contenenti 1 ctg. del rimedio.

Sfortunatamente l'acido osmico in questo momento è raro. Si trova in commercio entro tubetti da 50 centigr., chiusi a fuoco; all'aperto si altera rapidamente, le soluzioni anneriscono sotto l'azione della luce ed allora perdono ogni efficacia.

T. FERRETTI.

(1093) *Iniezione degli arsenobenzoli.* All'abbonato n. 1038. — Sulla tecnica delle iniezioni dei preparati 606 e 914 potrà consultare:

Lacapère. - Le traitement de la syphilis par les composés arsenicaux. Paris. Masson et C., éd. 1918.

V. MONTESANO.

(1094) All'abb. n. 10606:

C. Rühl, Dizionario per le scienze mediche delle lingue italiana e tedesca, vol. in-8° di pagg. 626; Stoccarda, Ferdinando Enke editore.

R. B.

VARIA.

Le perle nella cura della cecità. — Il seguente esempio di pseudologia è tratto da un periodico francese del 1837.

Un tale inghiottì accidentalmente una perla. Poco dopo divenne cieco. I più celebri oculisti dell'epoca, consultati, non seppero far nulla per guarirlo. In fine egli si rivolse ad un celebre ciarlatano, che gli somministrò un violento emetico; nelle materie vomitate fu rinvenuta la famosa perla; contemporaneamente il paziente riacquistava la vista, dopo quindici mesi di cecità.

Naturalmente non è possibile ammettere che la perla fosse rimasta nello stomaco per tanto tempo: senza dubbio aveva percorso l'intestino ed era stata eliminata poche ore dopo essere stata deglutita... Tuttavia un intraprendente medico accreditò la favola e mise in commercio un liquido « contenente la sostanza delle perle ». Egli lo raccomandò per tutte le malattie oculari, in base al principio omeopatico che « ciò che determina una malattia la guarisce ». E lo diffuse largamente.

Fu quello uno dei primi esempi di ciarlatanismo farmaceutico, con criteri moderni di *réclame*. (Da *El Siglo Medico*).

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Una nuova fase della Condotta.

In occasione del Congresso della Federazione degli Ordini dei sanitari tenuto testè a Roma, la Presidenza generale dell'Associazione dei medici condotti ebbe una riunione fra i Presidenti delle Sezioni.

Il Convegno numeroso di ottanta sezioni riuscì decisivo sulle direttive a cui la Presidenza deve ispirarsi nell'esplicare il proprio mandato. Il numeroso intervento degli organizzati ha dimostrato che l'Associazione in breve periodo di tempo, dopo l'ultimo Congresso a Firenze, ha riorganizzate le sue fila e lungi dall'essere *morta* e *putrefatta* mostra un rigoglio di vita nuova che lascia bene sperare per l'avvenire della classe.

Forse mai, nei passati Congressi, si potè avere un sicuro indirizzo come in questo Convegno (che peraltro non aveva ufficio deliberativo), in cui i medici condotti, pur accennando a tendenze e giudizi astratti, si mostrarono concordi nel chiedere subito i loro miglioramenti decisi a ricorrere come ultimo mezzo di resistenza all'abbandono della condotta.

Tale determinazione, che stride col carattere mite e remittente di uomini alieni dall'usare mezzi di lotta diretti, mostra che il problema dei medici condotti è entrato nella fase risolutiva.

Si comprende bene, che per il momento la espressione di cui si son serviti i convenuti come mezzo di lotta fu emessa come atto sostanziale, ma bisogna pur convenire però, che dopo decenni di lotte verbali i medici hanno ben compreso, quali sono i metodi, che determinano la buona riuscita della loro lotta.

Ed il Governo centrale a quando il suo intervento?

Al punto in cui sono le cose, mentre nell'estremo urto delle competizioni non si vede ancora una soddisfacente soluzione per gli interessi dei medici condotti, fortunatamente si annunzia che finalmente verrà considerata in modo globale la condotta e presa in serio esame con la prossima legge sulle *Assicurazioni delle malattie*.

Che cosa stabilirà questa legge non è ancora definito, ma si vocifera che porterà una completa innovazione in tutto l'istituto della condotta.

Vediamo con relativa soddisfazione, che la tesi sostenuta della necessità di *abolire* la condotta piena guadagna terreno e va vincendo diffidenze ed ostilità, ma ciò non ci lusinga, perciò raccomandiamo tutta la diligente solerzia ai medici condotti per salvaguardare i loro interessi.

Le loro richieste: abolizione della condotta piena, miglioramento dei patti di condotta secondo le varie condizioni delle diverse regioni d'Italia e provincializzazione saranno sorpassate dalla legge sulla assicurazione.

Il presidente dell'Associazione nazionale fa parte della Commissione, che studia tale progetto ed egli dovrà sorvegliare a che non si verifichi uno dei soliti soprusi a danno dei medici condotti. Ricordi la classe sanitaria, che allorquando in Inghilterra ed in Germania andò in attuazione l'assicurazione obbligatoria sulle malattie, per evitare il *forfait*, i sanitari dovettero lottare non poco e tutta la classe dei medici ricorse agli estremi mezzi di difesa.

Sarà alla pubblicazione della legge forse il momento, in cui l'Associazione nazionale dovrà mostrare tutta la sua forza e nel caso, che i diritti dei medici verranno trascurati, non usare più mezzi termini ed addivenire allo estremo mezzo della... *passeggiata*.

Ora noi ripetiamo al Potere centrale:

Perchè non si fa rispettare dai Comuni la legge, che obbliga la condotta *pei i soli poveri?*

Perchè mantiene in agitazione la classe dei medici condotti derogando a tassative disposizioni di legge?

È noncuranza o leggerezza?

Si sbaglia di ammiserire uomini di animo e di pensiero lesinandone lo stipendio.

Noi non diamo consigli, ma siamo d'avviso e non da ora, che la classe sanitaria per esser forte ha bisogno di sindacarsi per categoria. Già un buono inizio s'intravede. Questo è il segreto per far scomparire il krumiraggio, e quando la sleale concorrenza sarà fiaccata la vittoria sarà sicura.

Il resto verrà da sè.

Dott. PALMA DI PASCARELLA.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso Nazionale della Federazione Nazionale fra le Associazioni del personale addetto alla Vigilanza igienica (Roma, 23-24 maggio 1919).

Riportiamo, come abbiamo annunziato, i voti e le risoluzioni approvate in seno al Congresso, per la riorganizzazione dei servizi di vigilanza igienico-sanitaria:

Per un Ministero dell'Igiene e della Sanità.

Il Congresso ecc.:

in considerazione dell'importanza dei servizi di vigilanza igienico-sanitaria e della necessità del loro incremento per la risoluzione dei problemi sociali del dopo-guerra,

fa voti

per l'istituzione di un Ministero dell'Igiene e della Sanità pubblica.

Uffici Sanitari.

Il Congresso ecc.:

considerata la necessità che siano escogitati i modi ed i mezzi migliori per dare una fisonomia di stabilità alle misure di profilassi sociale nei Comuni

che non sono in grado di provvedervi secondo le esigenze della igiene moderna,

fa voti

perchè sorgano organi statali alle dipendenze del Medico Provinciale in rapporto alle condizioni speciali delle varie regioni.

Prof. G. GASPERINI (Firenze).

Il Congresso ecc.:

ritenendo necessaria un'azione pratica ed efficace per la lotta contro le malattie sociali;

considerata l'utilità di far centro di ogni attività utile negli Uffici d'igiene, i quali debbono essere in grado di collaborare per il coordinamento delle libere istituzioni e di ogni energia rivolta alla rigenerazione igienica della Nazione.

Prof. G. GASPERINI (Firenze).

Laboratori di Vigilanza igienica.

Il Congresso ecc.:

considerata l'importanza sociale della funzione dei Laboratori,

fa voti

perchè sia regolato con uniformità di criteri il funzionamento di essi, e che sieno provvisti di largni mezzi, di personale e dell'autorità necessaria per poter degnamente corrispondere al loro ufficio.

Dott. G. DE PLATO (Aquila)
Dott. A. GADOLA (Napoli)
Prof. G. TEYXEIRA (Perugia).

Stato giuridico-economico dei Sanitari addetti agli Uffici d'Igiene.

Il Congresso ecc.:

dopo ampia discussione in merito ai più importanti problemi di classe, riguardanti i Sanitari addetti agli Uffici d'Igiene ha riassunto i loro desiderata nelle seguenti richieste:

1. Riconoscimento giuridico dei componenti la classe Sanitaria addetta agli Uffici d'Igiene.

2. Determinazione della costituzione e funzione degli Uffici d'Igiene.

3. Miglioramento delle condizioni economiche con la fissazione dello stipendio minimo di L. 6000, da raddoppiare nel caso di divieto dell'esercizio professionale privato, con diritto ad aumenti quadriennali del decimo.

4. Integrazione della pensione Governativa, in maniera che essa non sia inferiore ai quattro quinti dell'ultimo stipendio percepito.

5. Riconoscimento di tutti gli anni di servizio e del diritto di carriera, in relazione agli speciali servizi prestati negli Uffici d'Igiene.

6. Diritto a compenso per tutte le prestazioni straordinarie d'interesse privato.

Per l'Ass. Nazionale tra i Saniiari addetti agli Uffici d'Igiene.
Il Pres. Dott. U. MARIOTTI.

Posizione giuridico-economica degli Ufficiali Sanitari.

Il Congresso ecc.:

in merito allo stato giuridico-economico dell'U. S. approva i seguenti voti:

1. Sistemazione della posizione giuridica dell'U. S. nei rapporti specialmente con l'Amministrazione Comunale e col Medico Provinciale.

2. Concorso dello Stato ai Comuni nel pagamento dello stipendio all'U. S.

3. Determinazione di un equo stipendio, non inferiore a quello degli impiegati laureati di pari grado, raddoppiabile in caso di inibizione dell'esercizio professionale.

4. Emanazione in ogni provincia del Capitolato unico di servizio per gli U. S. (art. 82 Reg. San. 19 luglio 1906).

5. Mezzi di trasporto gratuiti dal Comune di residenza al Capoluogo della provincia.

6. Riduzione ferroviaria estesa anche alla famiglia, come per i maestri comunali.

7. Riforma della legge sulla Cassa Nazionale di Previdenza e relative tabelle organiche, elevando a congrua misura le attuali pensioni e concedendo agli U. S. tardivamente iscrittisi, non per loro colpa, ma per la ritardata applicazione della legge, l'abbuono delle quote per gli anni di servizio prestati antecedentemente alla iscrizione, in conformità di quanto fu praticato per i medici condotti.

Per l'Ass. Naz. U. S. liberi–esercenti
Il Presidente Dott. A. GRASSI.

Pubblicheremo nel prossimo fascicolo altri ordini del giorno deliberati.

* * *

A presiedere la Federazione è stato chiamato il prof. Achille Sclavo.

È stata proclamata Trieste a sede del prossimo Congresso, da convocare nella primavera del 1920; la scelta dei temi e dei relatori è stata affidata alla Presidenza federale d'intesa col Consiglio direttivo e con la Presidenza delle Associazioni federate.

Per gli onorari dei medici negli infortuni agricoli.

L'on. Dore ha interrogato il Ministro dell'industria « se creda giusto che i medici siano obbligati dal recente regolamento sugli infortuni agricoli, a prestare una somma di mansioni delicate ed onerose senza poter domandare agli Istituti assicuratori compensi superiori a lire tre per il primo certificato e cinquanta centesimi per i successivi. E se, mentre si eleva da per tutto il costo della vita e il valore delle più modeste prestazioni d'opera, non reputi che questa miseria di compensi ai medici sia, oltrechè ingiusta, lesiva di ogni senso di dignità profesisonale ».

Ordine dei medici della provincia di Bergamo.

Nell'assemblea ordinaria dell'Ordine dei medici di Bergamo dopo la lettura della relazione morale del Presidente dott. cav. Ugo Daina, venne votato un aumento alle tariffe minime ora in vigore e stabilita la quota per il 1919 in L. 15.

Sul progetto di legge per l'assicurazione contro l'invalidità e la vecchiaia, l'assemblea ha approvato il seguente ordine del giorno: « L'Ordine....., plaude alle decisioni del Governo di rendere legge il principio previdenziale di fronte alla invalidità e alla vecchiaia e fa voti che venga integrata colla legge sull'Associazione contro le malattie, legge che, portando grande sollievo agli assicurati, ai Comuni, alle Provincie ed alle Opere Pie, sarà un giusto compenso economico, morale ed igienico al vittorioso popolo italiano ».

Ordine dei medici della provincia di Modena.

In un'adunanza tenutasi il 18 maggio, sotto la presidenza del comm. Luigi Nasi, il dott. Rizzatti – Assessore Comunale – ha comunicato alla assemblea, che ne ha preso atto con vivo compiacimento e con plauso, che l'Amministrazione comunale di Modena ha già provveduto definitivamente alla *integrazione della pensione* di Medici Condotti e Veterinari del Comune inscritti alla Cassa Pensioni Governativa, in modo che essi potranno liquidare una pensione equivalente a quella degli impiegati civili dollo Stato, sulla base della Legge 1895 e modificazioni successive. La differenza fra la pensione di impiegati dello Stato e quella della Cassa M. C. sarà pagata dal Comune, ed i Sanitari non saranno tenuti che a rilasciare l'uno per cento sullo stipendio ora in corso.

Fu accolta dalla Presidenza una mozione Rizzatti-Guzzoni degli Ancarani — per provvedimenti contro gli *aborti criminosi*, ed una raccomandazione del dott. Fnrico Borghi perchè gli inscritti all'O. siano opportunamente edotti delia responsabilità che loro -ncombe dal 1° maggio per la legge sugli infortuni di lavori agricoli e relativa assicurazione.

Si nominò una Commissione tecnica per la completa revisione della *tariffa professionale*, e coll'incarico di riferirne ad altra adunanza straordinaria.

I medici condotti di Avellino.

I medici condotti ed ufficiali sanitari della provincia di Avellino in una recente adunanza hanno deliberato di chiedere:

che il loro impiego sia diviso in *tre classi*, a ciascuna delle quali si accede per ragioni di anzianità e di merito;

che venga compreso nella 1ª *categoria* degli impieghi, come per altri laureati; e come per questi composti diritti e doveri, cioè:

1. che lo stipendio annuale sia quello conferito agli impiegati di 1ª categoria, con godimento degli aumenti per avanzamento di classe e per i sessenni compiuti;

2. che sia modificata la tariffa delle pensioni in misura conveniente, estensibile alle vedove ed ai figli, anche se debbano essere aumentate le quote annuali di versamento;

3. che sia concesso il libretto ferroviario a tariffa ridotta, come per gli impiegati dello Stato;

4. che sia radicalmente modificata la tariffa penale del 1860 per le perizie giudiziarie, nella misura proporzionata alla dignità prefessionale, ed ai bisogni economici dei tempi presenti.

I medici del pistoiese.

I medici del Circondario di Pistoia in una recente adunanza hanno gettate le basi di una associazione locale, informata alla tutela degli interessi professionali; è stata nominata una commissione provvisoria per lo studio della sua costituzione.

Seguendo le deliberazioni dei colleghi della provincia si è stabilito di adottare in linea generale la tariffa di classe. Gli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche restano regolati nella seguente tariffa minima: Visita a domicilio in città o dentro il perimetro di un chilometro dall'abitazione del medico (esclulse le specialità) L. 4. - Visita di notte L. 10 - Consulti: al medico curante, retribuito colla metà dell'onorario percepito dal medico consulente e pagato all'atto del consulto stesso. Le spese di vettura sono a carico del richiedente. La presente tariffa va in vigore col 1° giugno.

GIURISPRUDENZA SANITARIA.

Revoca di deliberazione di nomina a vita.

Ci viene ora fatto conoscere che la Congregazione di Carità di un Comune della provincia di Pavia avrebbe recentemente annullata la nomina a vita conferita fin dall'ottobre 1915 al medico chirurgo direttore del dipendente Ospedale civile, con deliberazione, il cui dispositivo sarebbe nei seguenti termini redatto: *La Congrega delibera di associarsi all'ordine del giorno votato dalla Amministrazione Comunale e dai sodalizii summenzionati, di revocare la deliberazione 31 ottobre 1915 relativa alla nomina a vita del Prof. X e di invitare lo stesso Prof. X a presentare le proprie dimissioni da Direttore dell'Ospedale.*

Dal contesto dello esposto dispositivo si scorge

che l'Opera Pia non ha avuto di mira che distruggere il diritto acquisito dal sanitario mettendolo nuovamente alla mercè della amministrazione dopo aver, come premio del suo indefesso lavoro raggiunta la stabilità, che è l'obbiettivo precipuo che ogni onesto e laborioso professionista tenta raggiungere. Se l'atto della predetta Congregazione di Carità fosse imitato da altri, oh! quante delusioni sarebbero riserbate alla classe dei medici condotti, quanti interessi sarebbero capziosamente turbati, quante giuste recriminazioni e doglianze da ogni parte si eleverebbero, invocando il rispetto alla legge, che sarebbe così impunemente e diuturnamente violata.

La nomina a vita, come quella che assicura per sempre il posto all'impiegato, non può essere mai revocata: essa rappresenta un vincolo indissolubile che unisce il funzionario alla amministrazione da cui dipende e deve avere il suo effetto, che va rispettato anche se, per nuovi fatti intervenuti o per postume resipiscenze, si possa pensare di essersi ingannati o di essere stati soverchiamente frettolosi nel concederla.

Nè è lecito ritenere che la disposta revoca nasconda implicitamente un indiretto provvedimento disciplinare perchè, se mancanze il sanitario avesse commesse nell'esercizio del suo ministerio, esse sarebbero state indubbiamente messe in rilievo o di esse si sarebbe fatto, almeno, un accenno nel dispositivo o nel contesto del deliberato ma non si sarebbe sull'argomento serbato il più profondo, ma pur loquace, silenzio.

Si appalesa pertanto assolutamente illegale l'operato dell'Opera Pia che senza alcun motivo di servizio e senza ragione di sorta, priva un impiegato, che per molti anni ha lodevolmente diretto un ospedale di rilevante importanza, del diritto della stabilità, solennemente a lui da tempo concesso.

Ultroneo e fuor di luogo è, poi, l'invito rivolto al sanitario di rassegnare le proprie dimissioni.

Sarebbe lecito domandare: Perchè il medico dovrebbe dimettersi? Per far piacere alla amministrazione, che, forse, non è soddisfatta dell'opera sua? Ma allora perchè non ricorrere al licenziamento, accennando esplicitamente ai motivi, che potrebbero giustificare il provvedimento? Ed è qui bene notare che, revocata la deliberazione di nomina a vita, alla amministrazione sarebbe pur riuscito facile liberarsi di un suo dipendente inviso o negligente, licenziandolo. Con l'invito alla dimissione non si raggiunge lo scopo perchè questa, che è un atto essenzialmente subbiettivo e volontario, non può essere imposta.

Non si comprende inoltre l'accenno contenuto nello stesso dispositivo di sopra enunciato relativamente all'ordine del giorno del Consiglio Comunale e dei sodalizii locali, cui l'Opera Pia si sarebbe associata a danno del proprio impiegato.

Non si dice in che consisteva il predetto ordine del giorno nè per qual ragione fu redatto, e non si comprende come un ordine del giorno di un Consiglio Comunale abbia potuto esercitare tanta influenza su di una amministrazione di pubblica beneficenza da deciderla a rimangiarsi un suo atto deliberativo, con cui dava vita ad un vero e proprio diritto in favore di un suo dipendente.

La Congregazione di Carità, che è un'Opera Pia, che è e deve mantenersi estranea alle lotte ed alle competizioni dei partiti locali, non avrebbe dovuto seguire ciecamente l'ordine del giorno votato dal Consiglio Comunale ed invitare *ipso facto* il proprio dipendente a dimettersi dopo averne distrutta la già acquisita stabilità.

Sappiamo che il sanitario, così crudemente colpito nei suoi più legittimi interessi, ha già contro l'atto deliberativo della Congrega prodotto regolare gravame alla autorità tutoria e noi abbiamo completa fiducia che questa annullerà senz'altro l'illegale provvedimento che non è giustificato nè di fronte alla legge nè di fronte ai precedenti del sanitario, che per ben 18 anni, con piena soddisfazione dell'Opera Pia, prestò opera indefessa e zelante presso gli ammalati ricoverati nell'importante nosocomio di quella città.

Doctor Justitia.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7812) *Pensioni.* — Dott. Q. V. da V. B. Ella ora conta 25 anni di servizio e 55 di età. Ha, quindi, diritto alla pensione di annue lire 922. I versamenti volontari eseguiti finora dànno diritto ad un supplemento di pensione di lire 81,92 annue: in tutto lire 1003,92. Con 60 anni di età e 30 di servizio liquiderà l'annua somma di 1552 lire. I versamenti volontari dànno luogo ad una pensione supplementare di annue lire 142.42: in tutto lire 1694.42.

(7813) *Ricchezza mobile.* — Dott. E. B. da S. Anche il compenso fissato a giorno per prestazioni professionali, è soggetto alla imposta di ricchezza mobile.

(7814) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. F. di C. da S. L'indennità caro-viveri stabilita dal D. L. del 9 marzo ultimo, n. 338, assorbe quella di lire 24 mensili stabilita dal D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181.

(7816) *Trattamento economico dei medici-condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. F. S. da C. Ai medici condotti chiamati sotto le armi posteriormente al 1° settembre 1915, competono dalle amministrazioni municipali due mesi di sti-

pendio ai termini dello articolo 1 del D. L. del 31 agosto 1915, n 1420.

(7817) *Indennità caro-viveri.* — Dott. O. M. da T. Le Opere Pie non sono obbligate a dare l'indennità caro-viveri ai proprii dipendenti. Se esse la corrispondono, compiono atto non obbligatorio ma facoltativo. Per tale ragione ogni eventuale indennità che Ella riscuotesse dall'Opera Pia presso cui presta servizio, non è incompatibile con l'altra che Ella percepisce dalla amministrazione comunale o da quella militare. Può, quindi, senza ostacolo di sorta, esigere tanto l'una quanto l'altra indennità. Nè crediamo che la Pia Opera possa trarre argomento dalla indennità che percepisce dallo Stato per sospenderle il pagamento di somme liberamente, a suo tempo, concesse con l'approvazione della autorità di tutela.

(7818) *Casa di abitazione.* — Dott. L. R. da P. Nella assoluta impossibilità di trovare alloggio nella frazione, crediamo possa, con consenso del Comune, allocarsi nel centro rimanendo, però, in tal caso a sue spese il mezzo di trasporto.

(7819) *Cura ed assistenza sanitaria ai profughi di guerra.* — Dott. G. M. da F. Per ottenere compenso per l'opera prestata ai molteplici profughi di guerra radunati costà potrà rivolgersi al Prefetto della provincia, che è autorizzato a dare saltuarie gratificazioni in proporzione della entità del lavoro compiuto.

(7820) *Rilascio cerificati - Compenso.* — Dottor E. L. da M. Nessuna legge o Decreto Luogotenenziale stabilisce una tariffa per il rilascio di certificati sanitarii. Il compenso che ordinariamente si esige da coloro che non essendo iscritti nello elenco dei poveri ne hanno bisogno, è quello che rappresenta una visita medica, valutata a secondo degli usi e delle consuetudini locali.

(7821) *Tassa esercizii e rivendite.* — Dott. A. G. da G. Essendo Ella a condotta piena non dovea essere compreso nel ruolo della tassa di esercizi e rivendite perchè, come impiegato comunale, è escluso dal carico di tale imposta a mente del disposto dello articolo 3, n. 1 del R. D. 23 marzo 1902, n. 119. Per ottenere la sgravio delle partite a Lei imputate nel ruolo, può, entro due mesi dalla pubblicazione di esso ricorrere alla Commissione di accertamento a' sensi dell'articolo 17 del succitato R. Decreto.

(7822) *Riassunzione di servizio.* — Dott. L. C. da C. A. Dal momento che la sua nomina ad interino fu interrotta dalla successiva chiamata sotto le armi non ha, al momento del congedo, il diritto di riprendere il posto che precedentemente occupava. Il Comune avea assunto l'obbligo di tenerla in servizio fino all'esito del concorso per la nomina del nuovo titolare, ma tale obbligo si dovea mantenere se Ella avesse continuato di fatto il servizio e non si fosse allontanato dal Comune. L'amministrazione comunale ha dovuto, nel frattempo, provvedere al pubblico servizio con altro sanitario, verso cui ha dovuto assumere obbligo identico a quello che, per necessità di cose, non ha potuto mantenere verso di Lei.

(7823) *Sindaco cognato del medico condotto - Consigliere Comunale nominato medico condotto.* — Dott. abbonato 7728. Il cognato del sindaco può essere nominato medico condotto. Il Consigliere comunale, che sia nominato medico condotto, decade dalla carica, perchè l'art. 287 della legge Comunale dichiara che sempre quando si verifica una delle incompatibilità previste dalla legge, fra cui va annoverata quella di diventare impiegato comunale, si perde la qualità di consigliere.

(7824) *Aspettativa - Competenze - Pensioni.* — Dott. T. D. C. da P. Sempre quando nel capitolato è prevista la posizione di aspettativa, la si può chiedere ed ottenere sia per salute, sia per ragioni di famiglia. Altrimenti la concessione diventa una facoltà del Consiglio Comunale. Durante l'aspettativa per motivi di famiglia, si perdono le competenze spettanti per la carica di medico condotto. Il tempo passato in aspettativa per motivi di famiglia non è valutato agli effetti delle pensione. Per la casa distrutta nella invasione nemica, sarà bene rivolgersi al Ministero delle terre liberate.

(7825) *Indennità caro-viveri.* — Dott. P. Z. da A. L'indennità caro-viveri concessa col D. L. del 9 marzo ultimo prescinde dallo ammontare dello stipendio, per quelli elevati. Ella, quindi, ha diritto alla indennità in parola non solo nel Comune, ove è titolare, ma anche in quello ove è supplente e da entrambi integralmente.

(7826) *Indennità caro-viveri.* — Dott. T. F. da S. R. Il D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181, è rimasto abrogato dal successivo recente Decreto del 9 marzo ultimo, n. 338, con cui ad ogni impiegato viene concessa l'indennità di lire 100 mensili se ammogliato e di lire 65 se celibe, oltre cent. 85 al giorno per ogni figlio dopo i primi tre. Tali indennità debbono essere integralmente corrisposte da ciascuno dei Comuni ove presta servizio, se in tutti occupa interinalmente posti compresi nella pianta organica e privi di titolare.

(7827) *Indennità caro-viveri.* — Dott. L. C. da C. Non vi è alcuna analogia da applicare in riguardo alla indennità complementare che spetta all'impiegato che abbia oltre tre figli. Il D. L. è molto chiaro in materia. Esso parla di

figli *minori* conviventi ed a carico e figli minori sono tutti coloro che non hanno ancora compiuto il 21° anno di età. A Lei, quindi, competono due indennità complementari per gli ultimi due figli minori dei 12 anni.

Qualora il Comune non riconosca tale suo diritto può ricorrere al Prefetto della Provincia per le debite istruzioni ed ordine di pagamento.

(7828) *Indennità caro-viveri.* — Dott. L. C. da T. Se nel Comune copriva posto di medico condotto previsto nella pianta organica debitamente approvata e privo di titolare ha diritto alle indennità caro-viveri previste dai Decreti Luogotenenziali del 26 luglio 1917, n. 1181 e 9 marzo ultimo. Per ottenerle, quantunque in ritardo, occorrerà rivolgere analoga istanza al Consiglio Comunale. Onde ottenere un miglioramento nelle indennità di vettura occorre rivolgersi allo stesso Consiglio Comunale e per ottenere un aumento della indennità, che percepisce come ufficiale sanitario, può rivolgersi alla G. P. A. ai sensi dello articolo 26 della legge sanitaria, applicabile anche agli ufficiali sanitarii.

(7829) *Indennità caro-viveri - Indennità terremoto.* — Dott. L. P. da G. Prestando servizio nel Comune capoluogo e, come interino, in una frazione di esso, ha diritto ad una sola indennità caro-viveri pagabile dall'unica amministrazione municipale. Non risulta che codesto Comune sia compreso nello elenco di quelli cui compete indennità per terremoto.

(7833) — *Abbandono del servizio per infermità o per necessità di famiglia.* — Dott. S. B. da B. Se fosse legalmente provato che a causa della infermità non sia più in grado di seguitare a prestare servizio, può ben ottenere la indennità prestabilita dal Testo unico delle leggi sulla Cassa di previdenza. Occorre, all'uopo, esibire un certificato rilasciato da un collegio presieduto dal medico provinciale e composto di due medici militari in attività di servizio. In tale certificato deve essere specifificatamente descritta l'indole della infermità, le cause che la produssero e le conseguenze che ne derivano e deve essere esplicitamente dichiarato se, a loro giudizio, in conseguenza di essa il sanitario sia o meno divenuto inabile a prestare ulteriore servizio. Dai termini in cui sarà redatto il certificato e dal parere che esporrà il collegio peritale si potrà rilevare se sia o meno il caso di sostenere che la infermità medesima sia stata contratta in servizio od a causa di esso. Le altre cause per cui, all'infuori della salute, si può ottenere la indennità di cui all'articolo 18 del Testo unico, consistono nella condanna, nella soppressione del posto, nel passaggio allo Stato, ecc. e non mai in speciali condizioni di famiglia, come erroneamente fu ritenuto.

Può essere sicura di mantenere il posto di ufficiale sanitario se fu nominata in seguito a concorso ovvero si trova nella condizione prevista dall'articolo 206 della legge sanitaria. In tutti gli altri casi può perdere la sua posizione.

Il medico condotto, come è tassativamente disposto dall'articolo 18 della legge, non acquista mai la stabilità nella carica di ufficiale sanitario.

(7834) *Aumento di stipendio.* — Dott. C. S. da C. L'aumento di stipendio di cui nel D. L. del 10 febbraio 1918 è facoltativo e non obbligatorio per le amministrazioni municipali. I medici condotti, come tutti gli altri impiegati del Comune, vi hanno diritto sempre che il Consiglio comunale, con deliberazione debitamente approvata, l'abbia loro concessa.

Doctor JUSTITIA.

SERVIZIO MEDICO MILITARE.

All'abb. n. 2500:

A me sembra che dato il lungo servizio prestato i 15 giorni di licenza non dovrebbero venirle negati. Può far reclamo al Ministero della Guerra (Dir. Gen. Servizi Logistici Amm.vi — Divisione Assegni).

All'abb. n. 2258:

Nulla posso dirle dei criterii per cui il Ministero ha formato un ruolo unico di tutti gli ufficiali di complemento.

Sarà forse per ragioni di semplificazione.

Circa le *soddisfacienti condizioni di carriera degli ufficiali medici effettivi o non.....* mi sembra che Ella si faccia delle rosee illusioni.....

Se poi gli ufficiali medici di complemento che, in tempo di pace, *si pregavano,* come Ella dice, di riprendere il servizio, non si fossero lasciati... *commuovere* da quelle preghiere, avrebbero fatto assai bene per loro e per i loro colleghi effettivi.

All'abb. n. 9032:

Gli assegni competono agli ufficiali degenti in Ospedale, sia o no da campo, quando la malattia sia dipendente da causa di servizio di guerra.

Farne domanda al Ministero della Guerra.

L'influenza non è considerata come malattia contratta in servizio. Perchè un ufficiale, sia pure medico condotto, ottenga l'esonero occorre che tale esonero sia chiesto dall'Autorità prefettizia nella cui giurisdizione trovasi il Comune che ha nominato il medico condotto in questione.

Al dott. P. S. da V. L.:

Ella ha diritto all'indennità di guerra per il tempo che è rimasto prigioniero, perchè data la sua qualità di medico non può presumersi che la sua cattura sia stata dovuta a sua colpa.

(27)

All'abb. n. 7908:

Ella malgrado il congedamento ora avvenuto della sua classe non ha riacquistato il diritto a percepire l'indennità di L. 5, perchè non soltanto i medici, ma anche altre categorie di ufficiali della sua classe di leva sono state trattenute alle armi, senza che ad esse competa indennità alcuna.

All'abb. n. 3238:

Se Ella ha prestato servizio in unità sanitarie che, per la loro dislocazione, si sono trovate sotto il tiro dell'artiglieria nemica, per oltre un anno, può far domanda della base di Guerra.

La domanda va diretta al Ministero della guerra (Segretariato generale) e può essere fatta in carta libera, allegando una copia dello stato di servizio.

L'altra domanda dovrà essere diretta al Segretariato Generale del Ministero (Divisione Ragioneria) ma sarà bene sia fatta in carta bollata.

M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

TRIESTE. *Società degli Amici dell'Infanzia.* — La Società apre concorso per due posti di medico all'Ospizio Marino di Valdoltra:

1°) Un posto di medico aiuto con le percezioni di lire 5000 annue, vitto, alloggio in natura, illuminazione e calefazione. Sono richiesti almeno due anni di pratica chirurgica clinica od ospedaliera ed età non superiore ai 40 anni. Vi è congiunto l'obbligo di abitare nello stabilimento e quello del servizio di guardia per turno col medico assistente. Il medico aiuto ha diritto a una licenza annua di tre settimane;

2°) Un posto di medico assistente con le percezioni di lire 3000 annue, vitto, alloggio in natura, illuminazione e calefazione. È richiesta una età non superiore ai 30 anni. Vi è congiunto l'obbligo di abitare nello stabilimento e quello del servizio di guardia per turno col medico aiuto. Il medico assistente ha dirito a una licenza annua di tre settimane.

I due posti sono da coprirsi col 1° luglio p. v. Le domande, corredate dai documenti necessari, sono da presentarsi alla « Società degli Amici dell'Infanzia » (Via S. Nicolò 4 II) non più tardi del 20 giugno.

NOMINE, PROMOZIONI, ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ.

La Commissione giudicatrice del concorso alla cattedra di patologia generale presso l'Università libera di Ferrara, composta dei professori Golgi, Giannelli, Lustig, Sacerdotti e Salvioli, ha proposto la terna: Rondoni, Maranini, Donati; il Consiglio amministrativo dell'Università ha scelto il prof. Rondoni.

(28)

COLTURA SUPERIORE.

Sul nuovo ordinamento degli studi medici in Germania ed in Austria.

L'ordinamento degli studi medici è stato più volte modificato e rimaneggiato in Germania, durante gli ultimi cento anni.

Interessa più specialmente di seguirne le vicende nella Prussia.

Un tempo bastavano tre anni di studio per essere proclamati medici « completi » (Vollärzte). Con ordinanza del 26 novembre 1825 fu aggiunto al corso un altro anno, destinato in specie alle esercitazioni pratiche; nel 1826 fu istituito un esame preliminare, il « tentamen philosophicum », che comprendeva zoologia, botanica, mineralogia, psicologia e logica; un po' per volta alle materie obbligatorie fondamentali, anatomia, medicina e materia medica, si aggiunsero la medicina legale e la polizia medica (1841), la medicina vulneraria o chirurgia, che una volta era esercitata dai barbieri, e l'ostetricia, che prima era stata sempre monopolio delle levatrici (1852), la fisiologia (1865); il « tentamen philosophicum » fu sostituito da un « tentamen physicum », in cui l'anatomia e la fisiologia presero il posto della psicologia e della logica (1862).

Dopo i grandi avvenimenti politici della Germania — la stipulazione dell'Unione commerciale del Nord e la cosituzione dell'Impero — le disposizioni vigenti in Prussia furono estese a tutti gli altri Stati confederati.

Ma solo il 2 giugno 1883 vennero promulgate disposizioni poco dissimili da quelle tuttora vigenti; per l'ammissione si richiese il diploma di maturità, rilasciato da un ginnasio umanistico, corrispondente al nostro liceo classico; il corso risultò di nove semestri, dei quali quattro preparatori per lo studio delle discipline preliminari e para-mediche (fisica, chimica, botanica, zoologia, anatomia e fisiologia), e cinque semestri medici, dei quali quattro clinici; tra le materie d'insegnamento furono comprese l'anatomia patologica e l'igiene; l'oculistica rimase un capitolo della chirurgia; venne anche stabilita la frequenza delle cliniche come « praticanti ». Nel 1887 fu resa obbligatoria la prova pratica della vaccinazione jenneriana.

Il 28 maggio 1901 vengono portate molte innovazioni a questo ordinamento: per l'ammissione può ormai valere il diploma di un Realgymnasium (liceo tecnico) o di una Oberrealschule (istituto tecnico); nel secondo caso però occorre sostenere un esame complementare di latino. Così una corrente di modernità compe-

netra il campo medico, in cui possono essere meglio utilizzate tutte le preparazioni e tutte le attitudini. Il corso preliminare viene portato a 5 semestri, di modo che la durata complessiva degli studi medici risulta di cinque anni. A questi si aggiunge anche un anno pratico (dopo aver conseguito il diploma). Si introduce il criterio del valore relativo dei vari studi preliminari, di modo che la botanica e la zoologia sono valutate come 1, la fisica e la chimica come 2, la fisiologia come 4, l'anatomia come 5. L'oculistica diviene disciplina a sè. Accanto alle discipline precedenti trova posto la psichiatria. Un po' per volta vengono rese obbligatorie anche altre materie: pediatria, otoiatria, rinolaringoiatria, dermosifilopatia, anatomia topografica, farmacologia, ecc. Le prove di esame sono in parte orali, in parte pratiche.

***

Il prof. Schwalbe ha pubblicato, l'anno scorso, un importante libro « Zur Neuordnung des medizinischen Studiums » (Lipsia, Georg Thieme edit., pag. 106), in cui raccoglie le vedute proprie, integrate da quelle di altri competenti, sulla riforma degli studi medici in Germania.

Il lavoro forma oggetto di uno studio critico esauriente da parte del prof. Dietrich (*Deutsche mediz Woch.*, 21 nov. 1918).

Lo Schwalbe parte da un rilievo: l'invadenza odierna della specializzazione. Egli se ne dimostra allarmato, in quanto che l'ultra-specializzazione conduce ad abbassare il sapere ed il potere del medico generico, al quale non resta quasi nessun campo proprio.

Vorrebbe rendere *completa* la formazione del medico, così che venisse a stabilirsi una larga indipendenza dagli specialisti. All'uopo reputa che sarebbe utilissimo di rafforzare e di affinare la tecnica diagnostica e quella terapeutica del « Mediziner » o futuro medico, come già preconizzava la Dieta Medica Tedesca nel 1891. A questa tendenza mirava in realtà anche l'ordinamento del 1901 con le molte cliniche e patologie, con le lezioni obbligatorie e con le disposizioni relative all'anno pratico; ma i risultati ottenuti fin'ora non sono soddisfacenti.

Lo Schwalbe propone di abbreviare e semplificare alcuni insegnamenti, di estenderne altri, di dare incremento a molte esercitazioni pratiche, di sviluppare l'istituzione dei « famuli » o allievi ammessi a frequentare gli istituti universitari e del co-assistentato, di generalizzare il tipo seminaristico d'insegnamento, cioè con domicilio dello studente negli istituti e affidando pochi allievi ad ogni maestro.

Ridurrebbe da 5 a 4 semestri il corso pre-clinico; invece porterebbe da 5 a 6 il corso clinico: così la durata complessiva dell'insegnamento rimarrebbe di cinque anni oltre quello pratico. Il Dietrich approva questa proposta, tanto più che già ora moltissimi studenti guadagnano un semestre durante il corso preparatorio; rileva che non si deve astrarre da ragioni economiche, le quali consigliano di non allungare la durata complessiva degli studi.

Nel corso preparatorio lo Schwalbe riunirebbe la botanica e la zoologia in un corso unico di « biologia generale », che congloberebbe anche l'embriologia, la paleontologia e la teoria della discendenza; lascerebbe meno posto all'anatomia, cui oggi si dà ancora uno sviluppo esorbitante, e la farebbe rientrare in un solo semestre, mentre un semestre verrebbe riservato all'anatomia topografica; introdurrebbe l'insegnamento della filosofia (psicologica e logica) e della scienza di stato (allo scopo di preparare il futuro medico a pensare politicamente).

Il Dietrich conviene, in linea generale, su queste proposte; egli non reputa opportuno, soltanto, di fondere la zoologia e la botanica, perchè in questo campo va favorita la coltura generale del medico e perchè non si troverebbero insegnanti adatti.

Per ciò che concerne il corso clinico, lo Schwalbe avanza un'altra serie di proposte concrete: per es., vorrebbe restringere l'insegnamento dell'anatomia patologica, istituendo dei corsi completi solo per chi intende consacrarsi all'insegnamento di questa disciplina; per compenso introdurrebbe l'insegnamento della fisiologia patologica; semplificherebbe le esercitazioni nel campo dell'igiene generale, omettendo le tecniche complicate, che non trovano applicazione nell'esercizio corrente della medicina; per compenso istituirebbe l'insegnamento della igiene sociale, che va assumendo tanta portata; ancora: vorrebbe dare sviluppo a tutte le propedeutiche, far eseguire maggiori esercitazioni in ostetricia e ginecologia, nel campo chirurgico attenersi di preferenza alla chirurgia d'ambulatorio (policlinica), estendere le esercitazioni pratiche anche all'ortopedia, alla meccanoterapia, al massaggio, all'assistenza infermiera e perfino alla cucina per malati, dare sviluppo al « famulato » o internato.

Circa l'anno pratico, secondo l'A. bisognerebbe conferire al praticante i diritti e i doveri di un aiuto-assistente o di un sotto-assistente e farlo addestrare per un quadrimestre in medicina interna, per un altro in chirurgia e per un terzo in ostetricia, escludendo gli altri insegnamenti speciali per non sovraccaricarlo.

Questo tempo andrebbe trascorso entro le cli-

niche o le policliniche universitarie, entro gli ospedali generali o le « accademie mediche » di provincia, entro la maternità, a scelta del praticante od a norma delle disponibilità. Dietro una tenue retta mensile, egli avrebbe diritto all'alloggio ed al trattamento completo.

Il Dietrich approva, nelle linee generali, anche tutte queste proposte. Egli considera importantissimo l'ordinamento in famuli ed aiuti-assistenti, molto più che i giovani sono infaticabili nelle esercitazioni pratiche. Durante le ferie autunnali si potrebbero accogliere i famuli per sei settimane nelle tre cliniche principali e durante le ferie primaverili si potrebbero esercitare per quattro settimane negli insegnamenti collaterali; non ne verrebbe sovraccarico di lavoro ai direttori, giacchè il compito di esercitare i novizi può affidarsi agli assistenti.

I clinici non dovrebbero opporsi a che la progettata istruzione seminaristica degli aiuti-assistenti venga compiuta non solo nelle cliniche e policliniche universitarie, ma anche negli ospedali delle grandi città, che per solito sono diretti da professori universitari, come pure nelle « accademie di medicina » delle città di provincia. I clinici dovrebbero tener presente l'interesse generale degli studi e considerare, d'altra parte, che essi stessi verrebbero alleggeriti del loro lavoro.

Del resto nei regolamenti universitari tedeschi è già contemplata questa eventualità.

Il Dietrich si augura che in avvenire venga a stabilirsi una maggiore intimità tra docenti e discenti. Ammonisce i clinici a mettere maggiore impegno nell'insegnamento anche dopo aver raggiunto l'ordinariato: li invita a riflettere che occupano il loro posto per consacrarsi allo insegnamento e non già per coltivare la pratica privata.

Lo Schwalbe e il Dietrich si occupano incidentalmente anche della preparazione al servizio medico militare. La guerra ha dimostrato che non occorre un lungo tirocinio in medicina militare; quindi si può, almeno secondo Dietrich, ridurre la durata dell'insegnamento militare specializzato.

***

In appendice diremo che della riforma degli studi medici si discute anche in Austria. Se ne sono occupati v. Hochenegg, Stigler, Frey, Prausnitz, ecc.

Il più radicale è Tandler, il quale (*Ibidem*) vorrebbe prolungare di due anni il corso degli studi medici e stabilirebbe *tre tirocini*: uno prima di entrare nella sala anatomica, ossia mentre si compiono gli studi generali di zoologia, di botanica, ecc., verrebbe destinato all'assistenza infermiera: esso equivarrebbe in qualche modo alle esercitazioni pratiche degli infermieri; il secondo tirocinio troverebbe posto dopo l'insegnamento della medicina teorica, ossia dopo aver superato l'esame detto *Rigorosum* e verrebbe destinato alla pratica semeiologica; il terzo corso seguirebbe dopo avere superato tutti gli esami clinici e si confonderebbe con l'anno pratico o di prova; verrebbe suddiviso come segue: un trimestre per la medicina interna, uno per la chirurgia, uno per l'ostetricia, il quarto per una materia a scelta.

***

Evidentemente la sconfitta militare non distrae i popoli dell'Europa centrale dai problemi dell'alta coltura, dei quali continuano ad apprezzare l'importanza economica, morale e sociale.

L. V.

MEDICINA SOCIALE.

Per l'igiene delle scuole di Roma.

Successivamente alla Conferenza tenuta dallo Assessore per l'igiene, prof. Ettore Marchiafava, di cui demmo già notizia, i medici-scolastici, d'accordo con le Direzioni locali, hanno iniziata la opera di propaganda nelle varie scuole, illustrando e volgarizzando le principali norme di pulizia della persona e della casa ed i mezzi di difesa contro le malattie infettive e diffusive, allo scopo di educare le giovani generazioni e di infondere loro i più elementari principî di igiene.

A facilitare peraltro detto compito e per assicurare che il buon governo igienico dei locali e degli scolari corrisponda e sia di esempio agli insegnamenti impartiti, l'Ufficio d'igiene ha prospettato alle Autorità superiori, l'opportunità di istituire:

1° *Un Museo Didattico Scolasico*, perchè gli insegnamenti siano resi più proficui a mezzo di carte murarie, diapositive, plastiche e cinematografie, che valgano ad imprimere nelle menti dei giovani i concetti esposti;

2° *Uno speciale servizio di periodica pulizia degli ambienti scolastici;*

3° *Il funzionamento dei bagni nelle scuole.*

Tali iniziative hanno raccolto il plauso del Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità pubblica) e del Ministero della Pubblica Istruzione, i quali si sono mostrati ben disposti a facilitare ed aiutare la sollecita attuazione di tali provvide istituzioni.

Come pure, nelle passate vacanze Pasquali, lo Ufficio d'igiene, preoccupato dallo stato poco decente degli Istituti secondari riguardo alla net-

tezza, ha fatto eseguire da speciali squadre la ripulitura di alcuni edifici ginnasiali, mentre ha rivolto appello al Governo perchè si stabilisca un più regolare servizio di pulizia.

L'Ufficio si è infine adoperato, d'accordo con le Autorità Sanitarie superiori, pel funzionamento dei bagni nelle scuole, tuttora in massima parte fuori d'uso, benchè in molte di queste esistano appositi impianti, ai quali non mancano che i mezzi per metterli in azione.

Anche a questo si è vivamente interessato il Ministero dell'Interno che ha promesso un concorso dello Stato per tale benefica istituzione.

NOTIZIE DIVERSE.

Onoranze al sen. Durante.

Il sommo clinico chirurgo di Roma, giunto al 75° anno di età, cessa dall'insegnamento ufficiale in obbedienza alla legge.

Egli ha pronunziato il 6 corrente l'ultima lezione innanzi a un denso pubblico di professori, studenti ed ammiratori accorsi a rendergli omaggio.

Parlarono il prof. Tricomi, il sen. Marchiafava, il prof. Ascoli, il rettore prof. Tonelli, il commendator Filippi, direttore generale della P. I., il prof. Bastianelli ed uno studente.

Della imponente manifestazione daremo un esteso resoconto nel prossimo numero.

Dobbiamo ricostituire la Società italiana di Urologia.

L'Urologia, intesa nel suo vero senso, di Patologia e Clinica dell'apparato urinario, ha raggiunto ora estensione e importanza molto grandi.

Ne è prova anche il fatto che sul finire della guerra europea da noi pure s'era cominciato a pensare a impianti urologici nella zona di operazione.

Col rapido progredire della Urologia sempre più attraente per la crescente esattezza dei metodi di indagine e per la crescente importanza dei successi terapeutici, sorsero nelle maggiori nazioni Società urologiche. Indi sorse una Società internazionale con esemplare statuto.

Anche in Italia fu fondata una Società urologica, e i suoi destini — purtroppo è innegabile — non furono sinora così felici come nelle altre nazioni. Ma questo dovette esser causato forse più che da errori e colpe, dal fatto che a breve distanza dal suo nascere, cento problemi più gravi e più urgenti, senza quasi interruzione si imposero.

La ricostituzione della Società italiana di Urologia, ora che tanto vogliamo e dobbiamo fare per una più grande elevazione scientifica della Nazione nostra, è una necessità urgente.

Si pensi tra l'altro che due soli capitoli della Urologia — la tubercolosi urinaria e il prostatismo — basterebbero a dimostrare la sua estrema importanza sociale e umanitaria, e a renderla degna dei più nobili impulsi.

Roma, 26 maggio 1919.

Dott. EUGENIO PIRONDINI.

L'Istituto per grandi invalidi nervosi di guerra.

Una iniziativa che, sorta da pochi mesi, ha già fatto molto cammino ed è ormai vicina alla sua pratica realizzazione, è quella a prò di un Istituto per grandi invalidi nervosi di guerra. Il prof. Medea, in base anche a quanto aveva proposto il prof. E. Levi, col concorso di generosi cittadini, ha fondato in pochi mesi tale Istituto, avente per scopo l'apertura di numerose case in Italia per grandi invalidi nervosi. È stata iniziata l'organizzazione della prima di esse nella regione lombarda: una grande villa, con grande giardino, situata presso Arosio, nella Brianza, veniva offerta dal sen. Borlotti; sono state raccolte 590,000 lire fra i principali Enti ed Istituti di Credito e fra industriali e privati di Milano; le Croci Rosse Inglese ed Americana contribuiscono con materiale sanitario, mobilia, vestiario, ecc. Lo slancio filantropico di questi e di altri generosi, ha reso possibile di condurre rapidamente i lavori di adattamento della villa.

Ma occorrono ancora più larghi mezzi; perciò il Consiglio Direttivo, presieduto dal prof. sen. Golgi, rivolge — con una sua pubblicazione — al pubblico un appello esortandolo a portare aiuto ad un'opera tanto benefica. Le oblazioni si raccolgono presso la sede dell'Istituto (in Milano, via Brisa, 5).

Un ospedale per il medio ceto a Milano.

Il Comitato della Croce Rossa Italiana di Milano farà funzionare con speciali concetti moderni il suo Ospedale-Scuola infermiere professionali Jolanda (via Sassa, 4). Questo ospedale ha una potenzialità dagli 80 ai 100 letti ed il Comitato intende limitare in esso l'assistenza medico-chirurgica di preferenza a quella classe di persone che non ha un vero e proprio ospedale e cioè alla classe degli impiegati pubblici e civili, degli insegnanti e del medio ceto, che vi saranno accolti con una diaria minima.

Sono disponibili letti di patronato, nei quali con una congrua somma il benefattore, ente o persona potrà assicurare agli impiegati del proprio Istituto od ai propri raccomandati un certo numero di degenze gratuite a seconda della somma versata.

Pro Istituto Bassini.

Il prof. Annibale Preti, direttore dell'Istituto Bassini per erniosi poveri, ha pubblicato una memoria illustrativa della fondazione, in onore del sen. Edoardo Bassini, che compie ora il 75° anno di età e pertanto abbandona la cattedra dell'Università di Padova.

Per assicurare il funzionamento del benefico Istituto, il prof. Preti ha aperto una pubblica sottoscrizione: una prima lista ha già fruttato circa 22.000 lire. Le offerte si ricevono presso la sede dell'Istituto (via Ricordi, 1 — Milano).

Comitato Biellese contro la tubercolosi,

Il 2 giugno ebbe luogo presso il Municipio di Biella una riunione del Comitato Circondariale contro la tubercolosi.

Vi intervennero gli on. Peroni e Rizzetti di Novara, il comm. Ottolenghi, presidente del

Dispensario Antitubercolare di Biella, il dott. Danioni, presidente della sezione Medici condotti, numerosi sindaci, i rappresentanti degli industriali, della Camera del Lavoro, dell'Umanitaria, ecc.

Il sindaco comm. Sella comunicò di avere avuto affidamento che gli operai concorreranno alla lotta contro la tubercolosi col contributo di una giornata di otto ore di lavoro all'anno; che gli industriali verseranno uguale somma; che i medici condotti offrono di compiere il lavoro di accertamento e di statistica in ogni Comune.

Il prof. on. Peroni ha plaudito a questa proposta, che segna il passo più decisivo fatto sino ad ora in Italia verso la denuncia obbligatoria dei tubercololici.

Dopo discussione i convenuti deliberavano che venga inviato a tutti i sindaci, medici e ufficiali sanitari l'invito di fornire al Dispensario circondariale di Biella i dati statistici entro il 15 luglio p. v. ed il comm. Ottolenghi assicurò l'opera incondizionata dell'Istituto.

Colonia fluviale presso Roma.

Sulle rive del Tevere, in vicinanza della città Eterna, sorgerà prossimamente una colonia elioterapica.

Istituto per lo studio del cancro in Norvegia.

Una pubblica sottoscrizione ha raccolto in Norvegia lire 750,000 per fondare un Istituto per lo studio del cancro.

Beneficenza.

Il veterano Eugenio Galli, da Monza, che aveva fatto con Garibaldi la campagna del '66, ha nominato suo erede l'Ospedale Umberto I, a cui ha lasciato un capitale di 100 mila lire; altri ingenti legati ha intestati a favore di numerose istituzioni cittadine.

La conferenza del prof. Mariani presso gli Istituti Clinici di Milano.

Il prof. Mariani ha chiuso il ciclo delle sue conferenze di cardiologia, destando vivo interessamento nel campo dei medici pratici che hanno seguito ed apprezzato le moderne dottrine e specialmente le nuove conquiste terapeutiche.

Uno strano caso di sostituzione di persona

si è avuto in Inghilterra. Una ventina di anni or sono moriva un baccelliere in medicina diplomato all'Università di Edimburgo, di nome James Allan. Per errore il suo nome continuò a figurare nel «Medical Directory», un annuario che contiene gli elenchi di tutti i medici dell'Inghilterra e delle Colonie. Questa pubblicazione, edita dalla casa Churchill, è diffusissima; tuttavia non ha carattere ufficiale. La lista ufficiale dei medici è data dal «Medical Register»; ma nessuno si dà la pena di consultarla.

Della circostanza sopra menzionata profittò un omonimo il quale era stato studente di medicina e preparatore in un laboratorio medico. Egli prese ad esercitare la medicina e condusse i suoi affari con molta abilità e perizia e con soddisfacimento della clientela, a quanto pare. Le cose sarebbero andate lisce se, durante la guerra, l'attività decuplicata del falso medico non fosse stata soverchiamente apprezzata. Si volle dargli un'attestazione di stima e gli si conferì una onorificenza cavalleresca: il titolo di ufficiale nell'Ordine dell'Impero Britannico. La segreteria del «Medical Register» cercò nei propri elenchi il nome del neo insignito per corredarlo della qualifica di O. B. E.; ma non lo trovò. Ulteriori investigazioni dimostrarono la frode, che fu portata innanzi al Tribunale. Questo si limitò a condannare l'Allan a 500 fr. di ammenda e 250 di spese, risparmiandogli la carcere in vista della circostanza che egli non aveva mai commesso errori clinici o professionali e per evitare di rovinarlo. Il Tribunale trovò che l'imputazione più grave che poteva farsi al prevenuto era la firma illegale di alcuni certificati di morte.

La stampa medica ha protestato contro la mitezza della condanna, considerandola come un'infrazione al Codice penale, commessa dal Tribunale.

Un medico italiano fra i prigionieri inglesi.

Sotto questo titolo abbiamo pubblicata, nel fasc. 21, una notizia desunta dal *British Medical Journal* del 10 maggio.

Dobbiamo ora avvertire che il giornale inglese riportava inesattamente l'ortografia del benemerito e valoroso nostro collega, che è il capitano medico dott. Giuseppe Del Vasto, attualmente addetto al Ministero della guerra in Roma.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1919 — Tip. Naz. Bertero di G. Guadagnini & C. L. Pozzi, resp.